



ประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

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

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๕ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวนิภาภรณ์ มาษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช
๒	นางลักขณา ปรียวาที	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓	นางสาวเจสตาภรณ์ ปฏิทันโต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๔	นางสาววราภรณ์ พิศพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
๕	นางสาววิมลรัตน์ คะสุดใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

/รายละเอียด...

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗




(นายจิรศักดิ์ สิทามาตย์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวนิภาภรณ์ มาชา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๑๙๗๐๙๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๙๗๐๙๒	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน : กรณีศึกษา				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน คู่มือการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูก				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๒	นางลักขณา ปรียวาทิ	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๘๐๙๗	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๘๐๙๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำค้ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำค้ำเพื่อป้องกันภาวะแท้งคุกคาม				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๓	นางสาวเจสตาภรณ์ ปฏิทันโต	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๐๑๕๔	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๐๑๕๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (Transient tachypnea of the newborn : TTNB) กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๖				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน ม่านบังแสงส่องไฟลดภาวะตัวเหลือง				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นางสาววราภรณ์ พิศพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๑๐๘๘๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๐๘๘๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไต โดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๕	นางสาววิมลรัตน์ คะสุดใจ	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๕๙๑	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๕๙๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง กณีศึกษา				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน คู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง โดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน มีนาคม 2566 - พฤษภาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1 การทบทวนวรรณกรรม

3.1.1 ระบาดวิทยา (Epidemiology) (คันธารัตน์ หลวงพอง, สูติศาสตร์ล้านนา, 2566.)

ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วเกิดขึ้นภายนอกโพรงมดลูก ในประเทศไทยพบภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยช่วยอายุระหว่าง 15 ปี ถึง 45 ปี โดยแบ่งตามตำแหน่งการฝังตัว ดังนี้ คือ ตั้งครรภ์ที่ท่อ นำไข่บริเวณ ampullar (พบมากกว่าร้อยละ 70) บริเวณ isthmus (ร้อยละ 12) และบริเวณ fimbria (ร้อยละ 11) รังไข่ (ร้อยละ 3) Cornue (ร้อยละ 2-3) ในช่องท้อง (ร้อยละ 1) ปากมดลูก (น้อยกว่าร้อยละ 1) Cesarean scar (น้อยกว่าร้อยละ 1) ซึ่งการตั้งครรภ์นอกมดลูกพบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ของการตั้งครรภ์ (Dvash, Cuckle, Smorgick, Vaknin, Padoa&Maymon, 2021.) นำไปสู่การเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ร้อยละ 12.2 (ปริญญา ราชกิจ, 2017.) และเสียชีวิต จากการ ruptured ectopic pregnancy ถึงร้อยละ 2.7 (Creanga, Syverson, Seed, Callagchan, 2017) ดังนั้นการตั้งครรภ์นอกมดลูกจึงเป็นภาวะฉุกเฉินหนึ่งที่สำคัญทางสูตินรีเวชกรรมเป็นอย่างมาก

3.1.2 ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) (คันธารัตน์ หลวงพอง, สูติศาสตร์ล้านนา, 2566.)

ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) จัดเป็นภาวะฉุกเฉินหนึ่งที่สำคัญทางสูตินรีเวชกรรม โดยมีปัจจัยเสี่ยงพอสังเขปได้ดังนี้

- 1) เคยตั้งครรภ์นอกมดลูกมาก่อน เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดซ้ำร้อยละ 10-15 แต่ถ้าหากเคยตั้งครรภ์นอกมดลูกมาแล้ว 2 ครั้งความเสี่ยงจะสูงถึงร้อยละ 30
- 2) มีประวัติท่อ นำไข่บาดเจ็บมาก่อน เช่น เคยผ่าตัดบริเวณท่อ นำไข่ มีพังผืดบริเวณอุ้งเชิงกราน หรือเคยติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน
- 3) ภาวะมีบุตรยากมีโอกาสตั้งครรภ์นอกมดลูกเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการตั้งครรภ์จากเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์
- 4) การสูบบุหรี่
- 5) การคุมกำเนิดบางชนิด โอกาสตั้งครรภ์นอกมดลูกจะสูงขึ้นเมื่อตั้งครรภ์หลังจากใช้ห่วงคุมกำเนิดและการทำหมัน

3.1.3 การคัดกรองและการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ธีระ ทองสง, ตำราสูติศาสตร์ 6, 2564.)

การตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่มีอาการจำเพาะ แต่มีอาการหลายๆ อย่างร่วมกัน กลุ่มอาการทางคลินิกที่พบร่วมได้บ่อย (Classic triad) คือ การขาดระดู มีอาการปวดท้องน้อย และมีเลือดออก

ผิดปกติทางช่องคลอด ซึ่งสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย ดังนั้นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอาการปวดท้องหรือเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดควรได้รับการทดสอบการตั้งครรภ์ทุกรายแม้ว่าจะคุมกำเนิดอยู่ นอกจากนี้อาจมีอาการอื่นที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการหน้ามืดเป็นลม ปวดหลัง ปวดไหล่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร โดยมีอาการแสดง ได้แก่ สัญญาณชีพผิดปกติ หากมีเลือดออกมากจะพบซีฟจรเต้นเบาเร็วและความดันโลหิตต่ำ อาการกดเจ็บบริเวณหน้าท้องและในรายที่ครรภ์นอกมดลูกแตกแล้วหรือแท้งออกมาอาจมีอาการแสดงของ peritoneal irritation เสี่ยงการเคลื่อนไหวนของลำไส้ลดลงหรือหายไป เมื่อตรวจภายในจะพบว่า โดยส่วนใหญ่มดลูกจะมีขนาดปกติแต่บางรายอาจโตเล็กน้อย เจ็บเมื่อโยกปากมดลูก คล้ำได้ก้อนบริเวณปีกมดลูกและกดเจ็บ

- 1) การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (transvaginal ultrasonography: TVS) ถือเป็นทางเลือกแรกในการตรวจเพื่อช่วยวินิจฉัย โดยสามารถให้การวินิจฉัยได้ทันทีเมื่อเห็นถุงการตั้งครรภ์ร่วมกับ yolk sac หรือเห็นตัวอ่อน (embryonic pole) บริเวณปีกมดลูก แต่โดยส่วนมากแล้วมักเห็นเพียงก้อนที่ปีกมดลูก (complex adnexal mass) แต่อย่างไรก็ตามควรวินิจฉัยแยกกับโรคอื่น เช่น paratubal cyst, corpus luteal cyst, hydrosalpinx, endometrioma, ovarian neoplasm หรือ pedunculated fibroid(18, 19) และการเห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกร่วมด้วยอาจจะไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นการตั้งครรภ์ในมดลูกได้ เนื่องจากอาจจะเป็น pseudogestational sac ซึ่งไม่ใช่ถุงการตั้งครรภ์จริง
- 2) การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง (transabdominal ultrasonography) ใช้ในการช่วยประเมินปริมาณเลือดที่ออกในช่องท้อง (hemoperitoneum) ได้
- 3) การตรวจวัดระดับ Serum Human Chorionic Gonadotropin (hCG)

อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์นอกมดลูกสามารถเฝ้าระวังเพื่อป้องกันความรุนแรงจากการแตกของท่อ นำไข่และเสียเลือดได้โดยแนะนำให้มาฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ในเคสที่มีประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้

3.1.4 การรักษา(ธีระ ทองสง, ตำราสูติศาสตร์ 6, 2564.)

วิธีการรักษามีอยู่ 3 แนวทางหลัก ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการผ่าตัดส่องกล้อง โดยการเลือกวิธีการรักษาให้พิจารณาจากลักษณะทางคลินิก ตำแหน่งของครรภ์นอกมดลูก และทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้ในการรักษาครรภ์นอกมดลูก คือ methotrexate เป็นยาในกลุ่ม folic acid antagonist ออกฤทธิ์โดยการขัดขวางการสร้าง DNA และ RNA โดยการยับยั้งเอนไซม์ dihydrofolate reductase โอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาสูงถึงร้อยละ 78-96 ทั้งนี้ยาอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงดังนี้ การอักเสบของเยื่อบุทางเดินอาหาร เลือดออกกะปริบกะปรอยทางช่องคลอด ภาวะตัวอักเสบ, ผม่วัง หรือเยื่อหุ้มปอดอักเสบ ทั้งนี้ความรุนแรงของผลข้างเคียงขึ้นอยู่กับขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา ก่อนที่จะเริ่มให้ยาควรพิจารณาถึงข้อห้ามและข้อควรระวังดังนี้

การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgical treatment)

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในการรักษา คือ สัญญาณชีพผิดปกติ มีข้อบ่งห้ามต่อการรักษาด้วยยา หรือมีโอกาสที่ไม่ประสบความสำเร็จจากการรักษาด้วยยาสูง โดยแนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับลักษณะทางคลินิก อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีและประสบการณ์ของแพทย์ผู้ผ่าตัด

1) การผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopy) เทียบกับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Laparotomy) การผ่าตัดผ่านกล้องมีข้อดีคือ แผลขนาดเล็ก ฟื้นตัวเร็ว และมีต้นทุนประสิทธิผลที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง อย่างไรก็ตามแนะนำให้ทำการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องในกรณีต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและต้องการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว เป็นครรภ์นอกมดลูกชนิด abdominal pregnancy มีพังผืดในช่องท้องมาก หรือคาดว่าจะทำการผ่าตัดผ่านกล้องได้ยาก

2) การผ่าตัดเชิงอนุรักษ์ (Salpingostomy) เทียบกับการผ่าตัดเอาท่อนำไข่ออก (Salpingectomy) การผ่าตัดเชิงอนุรักษ์ (salpingostomy) พิจารณาทำในกรณีที่ท่อนำไข่ข้างที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกยังไม่แตกหรือมีลักษณะปกติ หรือท่อนำไข่ด้านตรงข้ามผิดปกติหรือถูกเคยถูกตัดแต่ผู้ป่วยยังต้องการธำรงค์ภาวะการเจริญพันธุ์(12) การรักษาด้วยการผ่าตัดเชิงอนุรักษ์มีโอกาสเกิด persistent ectopic pregnancy ได้ประมาณร้อยละ 8 พบได้บ่อยถ้าระดับ serum hCG ตั้งต้นสูง อายุครรภ์น้อย และขนาดก้อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกน้อยกว่า 2 เซนติเมตร ดังนั้นจึงควรตรวจติดตามระดับ serum hCG ทุกสัปดาห์จนวัดไม่ได้ การตัดท่อนำไข่ออก (salpingectomy) ควรพิจารณาทำในกรณีที่ท่อนำไข่แตกหรือถูกทำลายรุนแรง ควบคุมการเสียเลือดไม่ได้ หรือมีบุตรเพียงพอแล้ว

3) การเฝ้าสังเกต (Expectant management) มักพิจารณาเป็นทางเลือกในการรักษากรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ ระดับ serum hCG ตั้งต้นต่ำและเมื่อตรวจติดตามพบว่ามีความคงที่หรือลดลง ทั้งนี้ควรเลือกรักษาในผู้ป่วยที่สามารถมาตรวจติดตามได้และยอมรับโอกาสในการเกิด ruptured ectopic pregnancy ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดในทันที

โดยสรุปแล้วการรักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่นั้นมีประเด็นสำคัญคือ ต้องให้การผ่าตัดเพื่อรักษาอย่างเร่งด่วน เพราะเป็นภาวะฉุกเฉินและคุกคามต่อชีวิต เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีอาจส่งผลให้การทำงานของอวัยวะในร่างกายล้มเหลวและอาจเสียชีวิตได้

3.1.5 การพยาบาล(ประกาย สุทธิง, วารสารการพยาบาล. 2557)

1. การรวบรวมข้อมูลแรกเกี่ยวกับประวัติทางนรีเวช
2. ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป
3. ประเมินสภาพร่างกายการประเมินอาการ อาการแสดงผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก
4. ประเมินภาวะตกเลือดในช่องท้อง
5. การให้คำ แนะนำ การ อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาของแพทย์
6. การจัดการอาการรบกวน เช่น อาการปวด

7. เผื่อระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวดที่เป็นยา

ควบคุมพิเศษ เช่น Morphine

8. การเผื่อระวังความเสี่ยงจากการเกิดการแตกของตั้งครรภ์นอกมดลูก

9. การให้ความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง

3.2 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการดำเนินงาน

3.2.1 กระบวนการพยาบาล (พรศิริ พันธสี, 2565.)

กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นกรอบการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพในทุกมิติของการพยาบาลที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแล
- 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (client's needs or problems) มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis statement) NANDA (The north American nursing diagnosis association) ได้ให้ความหมาย ของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับ บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อ ปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้น หรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต
- 3) การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) มี 4 ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้ คือ จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา มีหลักการพิจารณา ได้ 2 ทาง คือ 1) ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที 2) การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎี ความต้องการของมาสโลว์
- 4) การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การ ปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล
- 5) การประเมินผล (evaluation) การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้าย ของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ ผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่

3.2.2 กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน(Marjory Gordon) (พรศิริ พันธสี, 2565.) ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผนดังนี้ 1)แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2)แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร 3)แบบแผนการขับถ่าย 4)แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย 5)แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ 6)แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ 7)แบบแผนการรู้จัก

ตนเองและอัตมโนทัศน์ 8)แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 9)แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์ 10)แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด 11)แบบแผนความเชื่อ

3.2.3 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D METHOD (พิบูล พรพิบูลย์, 2559.) โดยจะทำให้เกิดความชัดเจนในการประเมินปัญหาความต้องการการดูแลจัดกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย ต่อเนื่องและมีแนวทางการให้ข้อมูล โดยหลัก D METHOD ประกอบด้วย

D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M: Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E: Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางรายอาจจะต้องฝึกฝนอาชีพใหม่

T: Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษาเช่นการทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ

H: Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O: Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D: Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

3.2.4 แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)(ศุภกร วงศ์พิชญ, 2565.) โดยอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎี ได้แก่ 1. บุคคล เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง 2.บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง 3.การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิตการพัฒนากาย และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well-being) 4. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ากันและกัน 5. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล 6.การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความควรแก่การยกย่องส่งเสริม 7. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารก ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบต่อตนเองได้ ตามความสามารถ

ที่มีอยู่ขณะนั้น 8.การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี หลักได้แก่

1) ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพอก กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) เป็นความต้องการในการดูแลตนเองที่มีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเองจึงทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์ด้วยกัน 3 แบบ

3) ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของผู้รับบริการในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล เพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ

3.2.5 ทฤษฎีภาวะวิกฤต (Crisis Theory)(ดาร์วิน จงอุดมการณ์, 2564.) เป็นสภาวะที่บุคคลเกิดอารมณ์ความรู้สึกอย่างกะทันหัน ภายใต้ความกดดันรุนแรง ที่ต้องเผชิญ เช่น เหตุการณ์ที่วิกฤตต่อชีวิต ซึ่งแต่ละบุคคลมีวิธีเผชิญปัญหาเดียวกันแตกต่างกันออกไป

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) เป็นภาวะฉุกเฉินและคุกคามหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยจากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่นในปี 2564-2566 (ข้อมูล; หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2564-2566) มีหญิงที่เจ็บป่วยจากภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 226, 181 และ 121 ตามลำดับ ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินจำนวน 125, 102 และ 75 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 55.3, 56.3 และ 61.9 ของหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้งหมดในแต่ละปี เปรียบเทียบแล้วนับว่ามีมากเกินร้อยละ 50 (คำนวณจากอัตราส่วนร้อยละหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้งหมดในโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2564-2566) ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้งหมด และการผ่าตัดยังมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับการนอนรักษาโดยทั่วไป จึงนับว่ามีความสำคัญและเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ควรเฝ้าระวังและให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก

ทั้งนี้ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) เกิดจากไข่ที่ถูกผสมแล้วไปฝังตัวเป็นตัวอ่อนอยู่นอกโพรงมดลูก เช่น บริเวณท่อนำไข่ รังไข่ ปากมดลูกและในช่องท้อง พบว่าเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 2 ของการตั้งครรภ์ (คันธารัตน์ หลวงฟอง, และมนัสวี มะโนปัญญา, 2566.) ทั้งหมด ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่พบในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งการป้องกันจึงยังไม่แน่ชัด อาศัยการซักประวัติ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ได้แก่ มีประวัติการผ่าตัดท่อนำไข่ ตั้งครรภ์หลังทำหมัน ตั้งครรภ์นอกมดลูก ติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ตั้งครรภ์ขณะใส่ห่วง และได้รับยา Diethylstilbestrol ขณะอยู่ในครรภ์ เคยผ่าตัดอุ้งเชิงกราน จึงนับเป็นความท้าทายทางการวินิจฉัย รักษาและตลอดจนการพยาบาลในภาวะเร่งด่วนและฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยร้อยละ 50 มีอาการ 3 อย่าง คือ ปวดท้อง ขาดประจำเดือน และเลือดออกจาก ช่องคลอดผิดปกติ((คันธารัตน์ หลวงฟอง, และมนัสวี มะโนปัญญา, 2566.) อาการแสดงที่พบได้แก่ กดเจ็บที่ปีกมดลูกและเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก คลำได้ก้อนที่ปีกมดลูก อาจ ตรวจพบมดลูกมีขนาดโตได้ซึ่งเป็นผลจากฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์ กรณีที่มีการแตกของถุงการตั้งครรภ์จะทำให้ เลือดออกในช่องท้องจนมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ สู้อารมณ์เจ็บป่วยภาวะเฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิตได้

จะเห็น ได้ว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่มีอาการที่บ่งจำเพาะอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมาพบแพทย์อาจเป็นมากแล้ว จึงเกิดความล่าช้าในการรักษา ซึ่งการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกโรคจำเป็นต้องอาศัยประวัติ อาการ อาการแสดง และการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม โดยเฉพาะการตรวจอัลตราซาวด์ ตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์เมื่อพบเป็นบวก จะตรวจเลือดหาระดับ betaHCG โดยจะพบระดับใน ระดับที่สูงกว่า 1,500-2,000 มิลลิยูนิท/มิลลิลิตร(คันธารัตน์ หลวงฟอง, และมนัสวี มะโนปัญญา, 2566.) จะเห็นได้ว่า การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีขั้นตอนหลายขั้นตอน และระยะเวลาในการรอคอยผลการตรวจพอสมควร ประกอบกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไม่จำเพาะชัดเจน จึงมีโอกาสที่ทำให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก ล่าช้าและผิดพลาดได้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทันเวลา ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกต้อง ได้รับข้อมูลเพื่อการสังเกตตัวเอง เช่น การฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติในระหว่างการตั้งครรภ์เพื่อมาโรงพยาบาลได้ทันเวลาที่เมื่อเกิดอาการผิดปกติดังกล่าว เพื่อการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและรักษาได้อย่างทัน่วงที่ ลดการเลือดออกในช่องท้องและป้องกัน

การเกิดภาวะช็อกจากเลือดออกในช่องท้องจำนวนมากได้ ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์การตายของหญิงตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 2.7 เป็นผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก(Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2011-2013. Obstet Gynecol. 2017; 130:366-373)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อการประเมินภาวะเลือดออกในช่องท้องลดการสูญเสียเลือดในช่องท้องและลดอัตราเสี่ยงการชีวิตลดลงด้วย อีกทั้งยังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา การพยาบาล เพื่อนำไปเป็น แนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการ ตามมาตรฐานและนำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ต้องได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะสูญเสียต่างๆที่จะเกิดกับผู้ป่วยตามมา เช่น เสียเลือดมากจนเกิดภาวะช็อกรุนแรงและเสียชีวิต เป็นต้น ดังนั้นการศึกษานี้ จึงมีประโยชน์อย่างมากที่นำความรู้ที่ได้มาวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกมีความปลอดภัย พร้อมสำหรับการผ่าตัดฉุกเฉิน และยังประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดชนิดอื่นๆได้อีกด้วย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากกรณีศึกษาที่เคยดูแล 1 ราย ในหอผู้ป่วยพิเศษ 120/5
- 2) ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวกับอาการสำคัญของผู้ป่วย ประวัติการรักษา ประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร ประวัติทางสูติ-นรีเวชกรรม ชักประวัติและตรวจร่างกายแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
- 3) ศึกษาข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีและแผนการรักษาของแพทย์
- 4) ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามที่วางแผนไว้
- 5) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา ทฤษฎี และสื่อ Internet เพิ่มเติม ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้มีความชำนาญ ผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด
- 6) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การพยาบาล โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลโดยเน้น กาย จิต สังคม จิตวิญญาณและเศรษฐกิจ
- 7) ดำเนินการตามแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแบบแผน สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
- 8) รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบ การปฏิบัติกับทฤษฎี
- 9) เรียบเรียงและเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของรายงาน พร้อมการแก้ไข
- 10) เผยแพร่ผลงาน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 28 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยอาการเลือดออกจากช่องคลอดกระปริดกระปรอย ร่วมกับปวดหน่วงท้องน้อยมากเป็นมา 5 ชั่วโมง มาที่ห้องตรวจฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น ตรวจ UPT positive ชักประวัติทางนรีเวช G2P1011 LMP 3 มี.ค. 66 ปรีกษาสูตินรีแพทย์ Ultrasound ทางหน้าท้องพบ free fluid วินิจฉัยเป็น Rupture Ectopic Pregnancy set OR เตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน ส่ง swab covid-19 รอผลครึ่งชั่วโมง admit 23 มี.ค.66 เวลา 14.50 น.

ผู้ป่วยแรกรับรู้สึกตัวดี BP = 109/62 mmHg, HR = 110 bpm , RR = 20 bpm, BT = 37.2 องศาเซลเซียส วัดประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ร่วมกับให้ Absolute bed rest งดน้ำงดอาหารให้ สารละลายทางหลอดเลือดดำและประเมิน Abdominal sign เมื่อผล swab covid-19 negative จึงส่งผู้ป่วย เข้า OR ได้รับการผ่าตัด EL with right salpingectomy with remove blood clot EBL 500 ml

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม หายใจ Room air แรกรับลงเตียง BP = 117/68 mmHg, HR = 84 bpm , RR = 20 bpm, BT = 36.8 องศาเซลเซียส Pain score = 10 คะแนน วัด ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที, 30 นาที และ ทุก 1 ชั่วโมง ตาม Routine post-op care ร่วมกับ pain control ด้วย Morphine 3 mg q 4 hr. งดน้ำงดอาหาร 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดและได้รับสารน้ำทาง หลอดเลือดดำ

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยใช้เวลาพักฟื้นทั้งหมดรวม 3 วัน จึงจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตวันที่ 26 มี.ค.66 เวลา 12.00 น. ขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ดังนี้

- 1) วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดฉุกเฉินเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวขณะ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
- 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น ภาวะช็อกจากการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดและหลัง ผ่าตัด
- 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
- 4) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
- 5) ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืดภายหลังการผ่าตัด
- 6) วิดกกังวลเกี่ยวกับโอกาสในการตั้งครรภ์ลดลงเนื่องจากถูกตัดท่อนำไข่ออก 1 ข้าง (P/O Right salpingectomy)
- 7) ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน : กรณีศึกษาจำนวน 1 เรื่อง

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม มีคุณภาพและปลอดภัย

5.2.2 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังการผ่าตัดได้รับข้อมูลทางสุขภาพ มีความมั่นใจสามารถดูแลตนเองในระหว่างอยู่โรงพยาบาล สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้และมีความพึงพอใจต่อบริการของทีมสุขภาพ

5.2.3 พยาบาลมีแนวทางหรือตัวอย่างการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

5.2.4 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังการผ่าตัดได้รับข้อมูลทางสุขภาพ มีความมั่นใจสามารถดูแลตนเองในระหว่างอยู่โรงพยาบาล สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้และมีความพึงพอใจต่อบริการของทีมสุขภาพ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

6.2 เป็นคู่มือในการให้คำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

6.3 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับบุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและบุคคลทั่วไป

6.4 เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

7. ความยุ่งยากและความซับซ้อนในการดำเนินงาน

7.1 ภาวะฉุกเฉินที่กำลังเผชิญและการสูญเสียบุตรในครรภ์

เนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่เพิ่งรู้ว่าตั้งครรภ์และต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียเร่งด่วนที่จำเป็นคือ ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อทำการหยุดเลือดในช่องท้องจากภาวะตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก ทำให้ทั้งตัวผู้ป่วยเองและสามีมีความวิตกกังวลอย่างมากเพิ่มขึ้นสองด้าน ทั้งจากภาวะความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนและการสูญเสียบุตรในครรภ์ซึ่งฝังตัวในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม การพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก คลายความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ถึงกระนั้นแล้วหลังการผ่าตัดเองผู้ป่วยและญาติก็ยังคงมีความกังวลเรื่องการมีบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไปจึงจำเป็นที่จะได้รับข้อมูลการดูแลตนเองอย่างครบถ้วนและครอบคลุมมากขึ้น เพื่อความเข้าใจในเหตุและผลของแผนการรักษาและการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้นไป

7.2 การรับรู้

เนื่องจากเป็นการให้ข้อมูลในช่วงผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ในช่วงวิกฤตของชีวิตคือได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยจึงไม่ได้เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจไว้อ่อนล่วงหน้า ทำให้เกิดความกังวลเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจำเป็นที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมทั้งให้สามีหรือผู้ดูแลหลัก (Care Giver) มาช่วยดูแลเฝ้าไข้เพื่อส่งเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามทั้งแผนการรักษาแผนการพยาบาลเป็นระยะๆ เพื่อสร้างความเข้าใจ ความมั่นใจในการดูแลตนเองที่มากขึ้นและช่วยคลายความกังวลให้ลดลง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ข้อมูลให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินมีข้อจำกัดด้วยเวลา เหตุการณ์ผ่าตัดที่ต้องรวดเร็วทำให้การเตรียมตัวของผู้ป่วยมีน้อยไม่เพียงพอ

8.2 ความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรถ์ครั้งต่อไปและความเสี่ยงต่อการเกิดตั้งครรถ์นอกมดลูกซ้ำ เนื่องจากการผ่าตัดครั้งนี้มีการตัดท่อนำไข่ออกไปแล้ว 1 ข้างโอกาสในการตั้งครรถ์ครั้งต่อไปลดลง ผู้ป่วยจึงมีความกังวลถึงการตั้งครรถ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แผนการรักษาและการพยาบาลจำเป็นที่จะต้องได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอครอบคลุมรวมทั้งสามีและญาติที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อคลายความกังวลและลดความเสี่ยงต่อการเกิดตั้งครรถ์นอกมดลูกซ้ำได้

8.3 ข้อจำกัดด้านระบาดวิทยา ช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นช่วงที่มีการระบาดของ covid-19 จึงทำให้มีการจำกัดการเยี่ยมผู้ดูแลหลักมีความเหนื่อยล้า ผู้ดูแลรองงดการเข้าเยี่ยม ทำให้การรับรู้ของข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเมื่อกลับบ้านลดลงได้

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน การพยาบาลจำต้องมีความรวดเร็ว แม่นยำทั้งในด้านการเตรียมตัวทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดให้ปลอดภัย รวมทั้งคำนึงถึงด้านจิตใจที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญเป็นสำคัญ

9.2 การพยาบาลโดยให้ข้อมูลการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่ดีมีความมั่นใจไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลติดเชื้อ ท้องอืด เป็นต้น

9.3 การให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินถือว่าเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิต มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้สามีหรือผู้ดูแลหลักอยู่เคียงข้างคอยช่วยส่งเสริมกำลังใจและคลายความกังวล

9.4 จัดทำเอกสารแผ่นพับ การเตรียมตัวผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกก่อนและหลังผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับทราบถึงเหตุและผลของการดูแลตนเองได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

9.5 การวางแผนการจำหน่ายและการติดตามการรักษา การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง และรวมถึงผู้ดูแลหลักและชุมชนให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในผู้ป่วยรายนี้มีความจำเป็นที่ได้รับข้อมูลการดูแลตนเอง วิธีการคุมกำเนิดอย่างน้อย 3-6 เดือนแรกหลังผ่าตัด วิธีการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ขาดประจำเดือนหรือเลือดออกจากช่องคลอดกระปริดกระปรอย

ปวดหน่วงท้องน้อยมาก เป็นต้น เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำได้ หรือถ้ารู้ตัวว่าตั้งครรภ์ ควรรีบมาฝากครรภ์ทันที ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการตระหนักรู้และสามารถเฝ้าระวังภาวะสุขภาพได้

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวนิภาภรณ์ มาซา พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*นิภาภรณ์ มาชา*.....

(นางสาวนิภาภรณ์ มาชา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)...../...../.....

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวนิภาภรณ์ มาชา	<i>นิภาภรณ์ มาชา</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*จ*.....

(นางพินรัฐ จอมเพชร)

(ตำแหน่ง) รักษาการหัวหน้าพยาบาล

(วันที่)...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....*ว*.....

(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่).....*9*...../.....*ก.พ.*...../.....*2564*.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการ)

1. เรื่อง คู่มือการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูก
2. หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกในสตรีตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสแรก และมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกร้อยละ 10 หากมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติม เช่น เคยมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกมาก่อน เคยมีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน และเคยผ่านการผ่าตัดท่อนำไข่ เป็นต้น (คันธรัตน์ หลวงพอง, 2566.) จากการศึกษาพบว่า ภาวะ Ruptured ectopic pregnancy ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.7 ของการตั้งครรภ์ (Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2011-2013. Obstet Gynecol. 2017; 130: 366-373) ซึ่งการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะช็อก และลดโอกาสการเสียชีวิตนั้น ต้องได้รับการวินิจฉัยภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่รวดเร็ว ซึ่งจะทำให้ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดฉุกเฉิน (Emergency Operation) เพื่อลดภาวะช็อก และการเสียชีวิตจากตั้งครรภ์นอกมดลูก จากการศึกษาพบว่าภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกสามารถวินิจฉัยได้โดยใช้ข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะอาการผิดปกติที่นำมาโรงพยาบาล เช่น ปวดท้องน้อยเฉียบพลัน หน้ามืด เป็นลม เลือดออกทางช่องคลอด รวมทั้งการมีความรู้ในการสังเกต การประเมินตนเองเบื้องต้น ในระยะก่อนการตั้งครรภ์ และระหว่างการตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดความตระหนัก ความมั่นใจ มาพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกได้รวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงจากภาวะช็อก และการเสียชีวิตจากตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ (Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2011-2013. Obstet Gynecol. 2017; 130: 366-373) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาคู่มือในการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูกขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความปลอดภัย ลดความรุนแรงของโรค และการเสียชีวิตจากตั้งครรภ์นอกมดลูกได้

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่สามารถป้องกันการเกิดได้ แต่สามารถป้องกันความรุนแรงจากภาวะช็อก และเสียชีวิต ที่เกิดจากภาวะ Rupture Ectopic Pregnancy ได้ โดยการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการสังเกต และประเมินตนเองเบื้องต้นในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสแรกหรือทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ และบทบาทหน้าที่สำคัญในการพยาบาลคือ การให้ข้อมูล การสังเกตและประเมินตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก หากมีอาการผิดปกติสามารถมาโรงพยาบาลได้ทันที และให้คำแนะนำ การมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการอันตรายและจะช่วยระวังในระหว่างการตั้งครรภ์ได้ดียิ่งขึ้น

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ได้คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก
- 4.2 ได้แนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกมีความรู้ในการดูแลตนเอง โดยการตอบคำถามตามแบบสอบถาม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
- 5.2 ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ร้อยละ 100
- 5.3 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัว มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....นางนงนุช มาษา

(นางสาวนิภาภรณ์ มาษา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 27 / 11 / 66

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2566 – 31 ตุลาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ดาวน์ซินโดรม (Down syndrome) หรือกลุ่มอาการดาวน์ คือ โรคทางพันธุกรรมแต่กำเนิดที่เกิดจากความผิดปกติในการแบ่งเซลล์ของโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมาทั้งแท่งหรือบางส่วน ส่งผลให้มีความบกพร่องของระดับเขาวนปัญญา ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดในทารกที่มีความผิดปกติทางโครโมโซม จากการศึกษาพบว่าทารกเป็นดาวน์ซินโดรมเกิดขึ้นประมาณ 1 ต่อการเกิด 1,000 ครั้งและส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต ประมาณ 17,000 รายต่อปี สำหรับประเทศไทยพบทารกดาวน์เกิดใหม่ประมาณ 1,000 คนต่อปี (ดวงกมล ผิวบัวคว่ำ, 2564) ซึ่งร้อยละ 15 ของทารกดาวน์ซินโดรมจะเสียชีวิตก่อน อายุ 1 ปี สาเหตุหลักของดาวน์ซินโดรมที่พบมากที่สุด คือเกิดจากการแบ่งตัวที่ผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ในระยะไมโอซิส (meiosis) ที่แบ่งตัวเกินมา 1 แท่ง ในทุกเซลล์ของร่างกาย โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดดาวน์ซินโดรมคืออายุของมารดา จากการศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จากสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 17,819 รายพบว่า ความชุกของการเกิดดาวน์ซินโดรมต่อการคลอด 1,000 ครั้งมี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสตรีสูงอายุ โดยเฉพาะสตรีที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีกลุ่มอาการดาวน์ 4.74 เท่า (ศิริกัญญา สมศรี, 2564) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าทารกกลุ่มอาการดาวน์ที่เกิดจากในมารดาอายุน้อยกว่า 35 ปีขึ้นไปมีมากขึ้นร้อยละ 70-80 โดยกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมจะมีความผิดปกติ 3 ด้านหลัก ๆ ได้แก่ด้านร่างกาย อารมณ์และระดับสติปัญญา ซึ่งลักษณะทางร่างกาย โดยทารกจะมีคอสั้น กะโหลกศีรษะเล็ก ใบหน้าจะมีลักษณะแบน ตาห่างและเฉียงขึ้นข้างบน จมูกเล็กแบน ลิ้นขนาดใหญ่และคับปาก ลายมือมีลักษณะเส้นขวาง ระบบของกล้ามเนื้อและกระดูก มีความตึงตัวน้อย ข้อต่อยึดได้มาก กล้ามเนื้ออ่อนแรงระบบผิวหนังมีความยืดหยุ่นน้อย มีผลต่อการพัฒนาการเคลื่อนไหว มีพัฒนาการช้ากว่าปกติ ด้านภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรม ส่วนมากทารกกลุ่มอาการดาวน์จะมีความ อ่อนโยน ยิ้มแย้ม แจ่มใส อารมณ์ดี แต่จะมีอาการสมาธิ และด้านสติปัญญาจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กปกติ ซึ่งทารกบางรายอาจมีปัญหาสุภาพรุนแรง เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นต้น การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยทารกดาวน์ซินโดรม มีหลายแนวทาง เช่น การตรวจชิ้นเนื้อออร์ก (chorionic villus sampling) การเจาะน้ำคร่ำ (amniocentesis) และการเจาะเลือดสายสะดือทารก (cordocentesis) เป็นต้น ซึ่งการเจาะน้ำคร่ำเป็น หัตถการที่นิยมใช้อย่างกว้างขวางในการตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอดเพื่อค้นหาความพิการแต่กำเนิด โดยการเจาะถุงน้ำคร่ำผ่านทางหน้าท้องมารดา เพื่อดูดเอาเซลล์น้ำคร่ำซึ่งเป็นตัวแทนเซลล์ทารกในครรภ์ไปตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรม ซึ่งการเจาะถุงน้ำคร่ำจากโพรงมดลูกโดยใช้เข็มเจาะผ่านทางหน้าท้องของมารดา (บุญมี ภูदानงัว, ศิริพร พรแสนและจำรัส วงศ์คำ, 2557) และนิยมทำในช่วงอายุครรภ์ 18-21 สัปดาห์ การเจาะน้ำคร่ำโดยทั่วไปถือเป็นหัตถการที่มีความปลอดภัยแต่ต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์ผู้ทำหัตถการ อย่างไรก็ตามการเจาะน้ำคร่ำเป็นหัตถการแบบรุกราน (invasive procedure) อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น การตกเลือด การติดเชื้อหรือมีภาวะแท้งคุกคามได้ ซึ่งการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมเป็นสิ่งที่สำคัญมาก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของสตรีตั้งครรภ์และทารกอย่างใกล้ชิด โดยต้องดูแลให้อ่อนพักภายหลังการเจาะน้ำคร่ำนาน 30 นาที นอกจากนี้ต้องเฝ้าระวังสังเกตสตรีตั้งครรภ์ หากมีอาการหดเกร็งของมดลูกถี่ขึ้นหรือมี เลือดออกทางช่องคลอดให้รายงานแพทย์ทันที และสังเกตอาการพึงเสียงหัวใจทารกเป็นระยะ หากทารกมีภาวะอาการ fetal distress ให้รายงานแพทย์ทันที เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที และทารกมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ดาวน์ซินโดรมเป็นกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เด็กที่ป่วยเป็นดาวน์ซินโดรมต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือและรักษาในด้านร่างกายควบคู่กับการฝึกทักษะรับมือข้อบกพร่องทางสติปัญญาตั้งแต่วัยเป็นเด็ก เพื่อให้สามารถพัฒนาและปรับปรุงทักษะที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ในบางกรณี เด็กที่ป่วยเป็นดาวน์ซินโดรมที่มีภาวะผิดปกติอื่นร่วมด้วยอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น หากเด็กมีภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือลำไส้ผิดปกติแต่กำเนิด ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและรับการผ่าตัด เป็นต้น

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กลุ่มอาการดาวน์เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดในทารกที่มีความผิดปกติทางโครโมโซม และเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา ทารกกกลุ่มอาการดาวน์เหล่านี้จะมีโครโมโซม 47 โครโมโซม โดยเกิดจากโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 โครโมโซมเรียกว่า Trisomy 21 และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาพบว่าทารกเป็นดาวน์ซินโดรมเกิดขึ้นประมาณ 1 ต่อการเกิด 1,000 ครั้งและส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต ประมาณ 17,000 รายต่อปี สำหรับประเทศไทยพบทารกดาวน์เกิดใหม่ประมาณ 1,000 คนต่อปี โดยเฉพาะสตรีที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีกลุ่มอาการดาวน์ 4.74 เท่า (ศิริกัญญา สมศรี, 2564) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าทารกกลุ่มอาการดาวน์ที่เกิดจากในมารดาอายุน้อยกว่า 35 ปีขึ้นไปมีมากขึ้นร้อยละ 70-80 ซึ่งลักษณะของอาการดาวน์จะมีความผิดปกติ 3 ด้านหลัก ๆ ได้แก่ด้านร่างกาย อารมณ์และระดับสติปัญญา ซึ่งลักษณะทางร่างกาย โดยทารกจะมีคอสั้น กะโหลกศีรษะเล็ก ใบหน้าจะมีลักษณะแบน ตาห่างและเฉียงขึ้นข้างบน จมูกเล็กแบน ลิ้นขนาดใหญ่และคับปาก ลายมือมีลักษณะเส้นขวาง ระบบของกล้ามเนื้อและกระดูก มีความตึงตัวน้อย ข้อต่อยึดได้มาก กล้ามเนื้ออ่อนแรงระบบผิวหนังมีความยืดหยุ่นน้อย มีผลต่อพัฒนาการการเคลื่อนไหว มีพัฒนาการช้ากว่าปกติ ด้านภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรม ส่วนมากทารกกลุ่มอาการดาวน์จะมีความ อ่อนโยน ยิ้มแย้ม แจ่มใส อารมณ์ดี แต่จะมีอาการสมาธิ และด้านสติปัญญาจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กปกติ ซึ่งทารกบางรายอาจมีปัญหาสุขาพรุนแรง เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือภาวะไทรอยด์บกพร่อง ส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการเลี้ยงดูทารกกลุ่มนี้ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อให้ทราบว่ามีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์มากน้อยเพียงใดและหากผลตรวจมีความเสี่ยงสูง สตรีตั้งครรภ์ก็จะได้รับคำแนะนำเพื่อมาตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ต่อไป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การเจาะน้ำคร่ำ (amniocentesis) เป็นหัตถการที่นิยมใช้ในการตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอด เพื่อค้นหาความพิการแต่กำเนิดหรือความผิดปกติทางพันธุกรรม โดยเป็นการตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติทางโครโมโซมของทารกในครรภ์ ซึ่งการเจาะถุงน้ำคร่ำจากโพรงมดลูกโดยใช้เข็มเจาะผ่านทางหน้าท้องของมารดา (บุญมี ภูदानจิว, ศิริพร พรแสนและจำรัส วงศ์คำ, 2557) และนิยมทำในช่วงอายุครรภ์ 18-21 สัปดาห์ ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น การตกเลือด การติดเชื้อหรือมีภาวะแท้งคุกคามได้ โดยโรงพยาบาลขอนแก่นมีสตรีตั้งครรภ์เข้ารับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจวินิจฉัยโครโมโซมก่อนคลอด จำนวน 505 ราย 476 ราย และ 556 ราย ตามลำดับ และพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง คือมีภาวะแท้งคุกคามจำนวน 1 ราย (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล, 2566) และได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยเหลือมารดาและทารกอย่างทันที่ทั้งที่ดังนั้นการดูแลและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม เป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของสตรีตั้งครรภ์และทารกอย่างใกล้ชิด โดยต้องจัดทำให้อนราบบนเตียงนาน 30 นาที นอกจากนี้ต้องเฝ้าระวังสังเกตสตรีตั้งครรภ์ หากมีอาการหดรัดตัวของมดลูกถี่ขึ้นหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดให้รายงานแพทย์ทันที และสังเกตอาการฟังเสียงหัวใจทารกเป็นระยะ หากทารกมีภาวะอาการ fetal distress ให้รายงานแพทย์ทันที เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันที่ทั้งที่ และทารกมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจกรณีศึกษาการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม โดยใช้ทฤษฎีทางกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินสภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของ มาร์จอรี กอร์ดอน (Majorj Gordon) ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผน ในการให้การพยาบาลแก่สตรีตั้งครรภ์รายนี้

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ขั้นเตรียมการ

4.2.1.1 เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้รับบริการที่อยู่ในความดูแล 1 ราย ในแผนกฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น

4.2.1.2 รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้รับบริการ

4.2.2 ขั้นเตรียมการ

4.2.2.1 ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ การซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัว การตรวจร่างกายและการสังเกตอาการของผู้ป่วย

4.2.2.2 ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและขอคำปรึกษาจากหัวหน้าหน่วยงาน และผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

4.2.2.3 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

4.2.2.4 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.2.3 ชั้นประเมินผล

4.2.3.1 สรุปการปฏิบัติการพยาบาล

4.2.3.2 รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบ การปฏิบัติกับ

ทฤษฎี

4.2.3.3 เปรียบเทียบการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

4.2.4 ขั้นตอนการจัดพิมพ์และเผยแพร่ผลงาน

4.3 เป้าหมายของงาน

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม จำนวน 1 เรื่อง

กรณีศึกษา

สตรีตั้งครรภ์อายุ 32 ปี HN 65056742 VN PC201596 G₁P₀ อายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ปฏิเสธโรคประจำตัว ผลการตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์เพื่อคัดกรองความเสี่ยงการเป็นทารกกลุ่มอาการดาวน์พบความเสี่ยงสูง เข้ารับการรักษาที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลขอนแก่น วันที่ 20 ธันวาคม 2565 เวลา 8.44 น. ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม ขณะเข้ารับบริการได้รับการประเมินและให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะปวดจากการเจาะน้ำคร่ำ

ข้อวินิจฉัยที่ 2 มีโอกาสติดเชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจากได้รับการการเจาะน้ำคร่ำ

ข้อวินิจฉัยที่ 3 มีโอกาสเกิดการตกเลือดเนื่องจากได้รับการการเจาะน้ำคร่ำ

ข้อวินิจฉัยที่ 4 มีความวิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ

ซึ่งสตรีตั้งครรภ์รายนี้ได้รับดูแลโดยจัดให้นั่งพักในห้องสังเกตอาการนาน 30 นาที พยาบาลต้องเฝ้าระวังสังเกตสตรีตั้งครรภ์ หากมีอาการหดรัดเกร็งของมดลูกถี่ขึ้นหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดให้รายงานแพทย์ทันที และสังเกตอาการพึงเสียงหัวใจทารกเป็นระยะ หากทารกมีภาวะอาการ fetal distress ให้รายงานแพทย์ทันที เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที โดยสตรีตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้น

5.2.2 ญาติมีความมั่นใจในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมขณะกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น และพึงพอใจต่อการดูแลของทีมสุขภาพ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

6.2 เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ญาติของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมในรายอื่นๆ อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

6.3 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานโดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม เป็นหัตถการแบบรุกราน (invasive procedure) อาจมีภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น การตกเลือด การติดเชื้อหรือมีภาวะแท้งคุกคามได้ กรณีศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรกจึงมีความวิตกกังวลและกลัวการเจ็บปวดขณะทำหัตถการ พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องให้คำปรึกษาในการตรวจคัดกรองอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการให้คำปรึกษา นอกจากนี้ยังต้องใช้ทักษะและความชำนาญให้การดูแลอย่างเป็นระบบให้ครบถ้วนเป็นองค์รวมเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและต้องมีการเฝ้าระวังและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของสตรีตั้งครรภ์และทารกอย่างใกล้ชิด ขณะทำหัตถการและหลังทำหัตถการ หากมีอาการหดรัดตัวของมดลูกถี่ขึ้นหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดให้รายงานแพทย์ทันที นอกจากนี้ยังต้องสังเกตอาการพึงเสียงหัวใจทารกเป็นระยะ หากทารกมีภาวะอาการ fetal distress ให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้การรักษาได้อย่างทันท่วงทีและทารกมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมสำหรับสตรีตั้งครรภ์เป็นหัตถการที่ต้องอาศัยความชำนาญและการดูแลอย่างใกล้ชิด ในขณะที่ทำหัตถการและหลังทำหัตถการ เนื่องจากอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้ โดยสตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการนอนสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 30 นาที ภายหลังการเจาะน้ำคร่ำ ซึ่งในหน่วยงานมีพื้นที่จำกัด ห้องทำหัตถการเจาะน้ำคร่ำใช้ร่วมกับห้อง non stress test (NST) และไม่มีพื้นที่ให้สตรีตั้งครรภ์นอนสังเกตอาการ โดยแนวปฏิบัติในปัจจุบันดูแลให้นั่งพักหลังได้รับการเจาะน้ำคร่ำ 30 นาที และแนะนำอาการที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการผิดปกติ และแจ้งพยาบาลเมื่อพบอาการดังกล่าว อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเจาะน้ำคร่ำได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสม และมีพื้นที่สำหรับจัดเตียงให้สตรีตั้งครรภ์นอนพักภายหลังการเจาะ
น้ำคร่ำ

9.2 ควรมีการจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อผู้รับบริการ

9.3 ส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในทีมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น
การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องเพื่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยอย่างสูงสุด

9.4 นำกระบวนการพยาบาลและการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการ
เจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมอย่างมีประสิทธิภาพ

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางลักขณา ปรียวาทิ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ลักขณา

(นางลักขณา ปรียวาทิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางลักขณา ปรียวาทิ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ลักขณา ปรียวาทิ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อผู้ประเมิน) นันทพร กวางแก้ว

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)

(ตำแหน่ง) หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 1

(วันที่)/...../.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) (นางวรรณวิมล ปิยะเศวตกุล)

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 1

(วันที่)/...../.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) จอมเพชร

(.....(นางพินรัฐ).....)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 15 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อผู้ประเมิน) (นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)

(.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น.....)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) 9 / ก.พ. / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อป้องกันภาวะแท้งคุกคาม
2. หลักการและเหตุผล

การเจาะน้ำคร่ำเป็นวิทยาการทางการแพทย์ที่ใช้ตรวจหาความพิการแต่กำเนิดหรือความผิดปกติทางพันธุกรรม โดยสามารถตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติของโครโมโซมของทารกในครรภ์ได้อย่างแม่นยำ โดยดาวนซินโดรมเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดในทารกที่มีความผิดปกติทางโครโมโซม สำหรับประเทศไทยพบทารกดาวนซินโดรมเกิดใหม่ประมาณ 1,000 คนต่อปี (ดวงกมล ผิวบัวคำ, 2564) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดดาวนซินโดรมคืออายุของมารดา โดยเฉพาะสตรีที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกที่มีภาวะดาวนซินโดรม 4.74 เท่า (ศิริกัญญา สมศรี, 2564) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเพิ่มเติม พบว่าทารกกลุ่มอาการดาวนซินโดรมที่เกิดจากในมารดาอายุน้อยกว่า 35 ปีขึ้นไปมีมากขึ้นร้อยละ 70-80 ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวนซินโดรม เพื่อให้ทราบว่ามีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวนซินโดรมน้อยเพียงใดและหากผลตรวจมีความเสี่ยงสูง สตรีตั้งครรภ์ก็จะได้รับคำแนะนำเพื่อมาตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ต่อไป

การเจาะน้ำคร่ำใช้ในการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติทางโครโมโซมหรือทางพันธุกรรมของทารกในครรภ์ซึ่งมีความแม่นยำ และช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวสามารถวางแผนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตรในอนาคตได้ ซึ่งแพทย์จะพิจารณาทำเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติทางพันธุกรรม และยินยอมให้ทำหัตถการเจาะน้ำคร่ำเท่านั้น ข้อบ่งชี้ที่สำคัญในการเจาะน้ำคร่ำได้แก่ สตรีตั้งครรภ์อายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป มีประวัติผิดปกติทางพันธุกรรม สตรีตั้งครรภ์และสามีเป็นพาหะของโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมชนิดยีนด้อย เช่น ธาลัสซีเมีย เคยมีบุตรพิการ เป็นต้น ตรวจคัดกรองโดยวิธีการชีวเคมีจากการตรวจเลือดสตรีตั้งครรภ์ได้ผลผิดปกติ และตรวจพบความพิการภายนอกของทารกในครรภ์จากคลื่นเสียงความถี่สูง (เบญจวรรณ คล้ายทับทิม ฉวีวรรณ อยู่สำราญและนิตยา สีนสุกใส, 2559) การเจาะน้ำคร่ำถือเป็นหัตถการที่รุกรานอวัยวะภายในร่างกาย โดยต้องมีการใช้เข็มเจาะแทงผ่านผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ผ่านกล้ามเนื้อมดลูกและเข้าไปในถุงน้ำคร่ำ เพื่อดูน้ำคร่ำไปตรวจวินิจฉัย และนิยมทำในช่วงอายุครรภ์ 18-21 สัปดาห์ (บุญมี ภูदानันท์, ศิริพร พรแสนและจำรัส วงศ์คำ, 2557) การเจาะน้ำคร่ำโดยทั่วไปถือเป็นหัตถการที่มีความปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตามอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น ปวด ตกเลือด การติดเชื้อหรือมีภาวะแท้งคุกคามได้

จากศึกษาในโรงพยาบาลขอนแก่นพบว่า มีสตรีตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกฝากครรภ์ พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 2,708 ราย 2,135 ราย และ 1,916 ราย ตามลำดับและเข้ารับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจวินิจฉัยโครโมโซมก่อนคลอด จำนวน 505 ราย 476 ราย และ 556 ราย ตามลำดับ และพบภาวะแทรกซ้อนคือมีภาวะแท้งคุกคามจำนวน 1 ราย (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล, 2566) และได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยเหลือมารดาและทารก

ดังนั้นการดูแลและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม เป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของสตรีตั้งครรภ์และทารกอย่างใกล้ชิด โดยต้องจัดทำให้อนราบบนเตียงนาน 30 นาที นอกจากนี้ต้องเฝ้าระวังสังเกต สตรีตั้งครรภ์ หากมีอาการหดรัดตัวของมดลูกถี่ขึ้นหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดให้รายงานแพทย์ทันที และ สังเกตอาการฟังเสียงหัวใจทารกเป็นระยะ หากทารกมีภาวะอาการ fetal distress ให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้ การรักษาได้อย่างทันท่วงที และทารกมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งการให้การดูแลสตรี ตั้งครรภ์ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมแต่ละรายจะใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง หาก มีอาการคงที่แพทย์จึงจะพิจารณาให้กลับบ้านได้ ซึ่งพยาบาลจะต้องให้คำแนะนำในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ทันทีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนวความคิดการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะ น้ำคร่ำเพื่อป้องกันภาวะแท้งคุกคาม เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทุกรายได้รับการดูแลที่มี ประสิทธิภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การเจาะน้ำคร่ำเป็นวิทยาการทางการแพทย์ที่ใช้ตรวจหาความพิการแต่กำเนิดหรือความผิดปกติทาง พันธุกรรม สามารถตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติของโครโมโซมของทารกในครรภ์ได้อย่างแม่นยำ การเจาะ น้ำคร่ำ ซึ่งแพทย์จะพิจารณาทำเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติทาง พันธุกรรม และยินยอมให้ทำหัตถการเจาะน้ำคร่ำเท่านั้น โดยต้องมีการใช้เข็มเจาะแทงผ่านผิวหนังบริเวณหน้า ท้อง ผ่านกล้ามเนื้อมดลูกและเข้าไปในถุงน้ำคร่ำเพื่อดูดน้ำคร่ำไปตรวจวินิจฉัย และนิยมทำในช่วงอายุครรภ์ 18- 21 สัปดาห์ (บุญมี ภูदानัจฉ์, ศิริพร พรแสนและจำรัส วงศ์คำ, 2557) ซึ่งเมื่อหญิงตั้งครรภ์ทราบว่าทารกในครรภ์ มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติ มักจะรู้สึกเครียดและวิตกกังวล และอาจปฏิเสธการตั้งครรภ์ได้ และมีความ กลัวเจ็บ กลัวทารกในครรภ์ได้รับอันตราย กลัวผลจากการตรวจที่ไม่ต้องการ และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพของทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังกังวลกับอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ได้ ซึ่ง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือมีโอกาสแท้งในอัตราร้อยละ 0.5 – 1.00 ซึ่งมีอัตราการแท้งต่ำกว่าการตรวจก่อน คลอดด้วยวิธีอื่น ๆ และส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 2 สัปดาห์ ภายหลังจากการเจาะน้ำคร่ำ นอกจากนี้ยังมี ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น มดลูกบีบรัดตัวหลังการเจาะน้ำคร่ำประมาณ 1-2 ชั่วโมง เป็นต้น

(บุญมี ภูदानัจฉ์, ศิริพร พรแสนและจำรัส วงศ์คำ, 2557) พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีโอกาสดูแล สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวอย่างใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา และให้การพยาบาล เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวทั้งในระยะก่อน ขณะ และภายหลังจาก การเจาะน้ำคร่ำ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีความมั่นใจในการตัดสินใจด้วยตนเอง เพื่อลดความเครียด และสามารถเผชิญและผ่านพ้นสถานการณ์ที่คุกคามภาวะจิตใจแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้ พร้อมทั้งป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

ดังนั้นการดูแลและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมเป็น สิ่งที่สำคัญมาก พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ และความชำนาญในการดูแลทั้งขณะและหลังทำหัตถการ ต้องมี

การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง รวมถึงความเปลี่ยนแปลงของสตรีตั้งครรภ์ หากมีอาการหดเกร็งของมดลูกถี่ขึ้นหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดให้รายงานแพทย์ทันที นอกจากนี้ต้องฟังเสียงหัวใจทารกเป็นระยะ หากทารกมีภาวะอาการ fetal distress ให้รายงานแพทย์ทันที ซึ่งการให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน พยาบาลผู้ดูแลจะให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลเอง ซึ่งบางครั้งการให้การดูแลและให้คำแนะนำการดูแลต่อเนืองที่บ้าน อาจจะไม่ครอบคลุมทั้งหมด ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนวคิดการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ เพื่อป้องกันภาวะแท้งคุกคาม เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะที่จำเป็นและมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั้งก่อนทำหัตถการ ขณะทำหัตถการและหลังทำหัตถการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมครบถ้วน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมที่เข้ารับการรักษาในแผนกฝากครรภ์ได้รับการดูแลตามแนวคิดการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อป้องกันภาวะแท้งคุกคามทุกราย

4.2 บุคลากรในแผนกฝากครรภ์เกิดตระหนักถึงความสำคัญ และปฏิบัติตามแนวคิดการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อป้องกันภาวะแท้งคุกคามได้อย่างถูกต้อง

4.3 คุณภาพการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำดีขึ้นและสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฝากครรภ์ได้รับการดูแลตามแนวคิดการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อป้องกันภาวะแท้งคุกคามทุกราย

5.2 อัตราการแท้งคุกคามจากการเจาะน้ำคร่ำในแผนกฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) 

(นางลักขณา ปรีวาที)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (Transient tachypnea of the newborn : TTNB) กรณีศึกษาปี พ.ศ. 2566
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2566 - วันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้ทางวิชาการ

3.1.1 ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of the newborn : TTNB) (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนาและคณะ, 2555)

ภาวะการหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of the newborn : TTNB) คือ ภาวะที่ทารกแรกเกิดมีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ ทารกจะหายใจเร็วกว่าปกติมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที บางรายอาจสูงถึง 120 ครั้งต่อนาที พบประมาณร้อยละ 10 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 10,000 ราย พบมากในทารกครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนด พบได้น้อยในทารกเกิดก่อนกำหนด ปัจจัยการคลอดที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะนี้ได้แก่ การผ่าตัดคลอด คลอดเร็วทำให้ขาดการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนที่เกิดขึ้น ในระหว่างคลอดธรรมชาติ ส่งผลให้ของเหลวบางส่วน ยังคงอยู่ในปอดและทารกต้องใช้เวลาในการดูดซึมของเหลวกลับเข้าสู่ร่างกายหลังคลอด นอกจากนี้แล้วอาจพบได้เมื่อมารดาตั้งครรภ์มีหอบหืดหรือเบาหวาน โดยทั่วไป ภาวะ TTNB มักเกิดขึ้นไม่เกิน 3 วัน และไม่ส่งผลให้เกิดปัญหาในระยะยาว

3.1.2 พยาธิกำเนิด

สาเหตุหลักของภาวะ TTNB คือ ทารกมีของเหลวหลงเหลืออยู่ในปอดมากกว่าปกติหลังคลอด ซึ่งเป็นของเหลวหรือน้ำคร่ำที่อยู่ในครรภ์กับทารกมาตลอดการตั้งครรภ์ ขณะทารกอยู่ในครรภ์ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ปอดในการหายใจ เนื่องจากรีบออกซิเจนผ่านทางรก ปอดจึงเต็มไปด้วยของเหลว การหายใจลำบากชั่วคราวเป็นผลมาจาก การดูดซึมสารน้ำในปอดช้า ในขณะที่ใกล้คลอดสารน้ำในปอดจำกัดการผลิตลง พร้อมกับการเพิ่มการดูดซึม ภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนต่าง ๆ เช่น Catecholamine, Vasopressin และ Corticosteroids กลไกการคลอดแบบธรรมชาติ จะช่วยทรวงอกทารกถูกบีบ สารน้ำถูกบีบออกมา และเมื่อทารกหายใจครั้งแรก อากาศจะเข้ามาแทนที่สารน้ำในปอด แต่การคลอดด้วยวิธีผ่าคลอดทางหน้าท้อง ไม่มีโอกาสจะบีบสารน้ำเหล่านี้ จึงทำให้หลังเกิดทารกมีสารน้ำเหลือค้างอยู่ในปอดมากกว่าปกติ ซึ่งต้องใช้เวลาในการดูดซึมออกจากปอดนานขึ้น และยังมีผลการผลิตสารลดแรงตึงผิว เป็นการจำกัดพื้นที่ผิวในการแลกเปลี่ยนอากาศ ดังนั้นทารกจะปรับตัวโดยการหายใจเร็วขึ้นแบบชั่วคราว

3.1.3 อาการและอาการแสดง

ทารกจะมีอาการคล้ายกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome : RDS) จึงอาจเรียก RDS ชนิดที่ 2 แต่อาการไม่รุนแรง อาจมีหายใจลำบากตั้งแต่เล็กน้อยถึงปานกลาง อาจมีอาการทันทีตั้งแต่แรกเกิดหรือภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังเกิด แต่ไม่เกิน 6 ชั่วโมง โดยจะมีอาการหายใจเร็วมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที มีการตั้งรังของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจ ปีกจมูกบาน มีเสียงครางขณะหายใจออกและมีอาการเขียวได้

3.1.4 การวินิจฉัย

3.4.1.1 การซักประวัติมีโรคประจำตัวเบาหวาน หอบหืด และประวัติการผ่าตัด

3.4.1.2 การถ่ายภาพรังสีที่ปอด จะช่วยยืนยันโรค ภาพถ่ายรังสีจะพบว่าปอดมีจุดขาวเล็ก ๆ กระจายทั่วไปในปอดทั้งสองข้าง ซึ่งเป็นช่วงที่ถุงลมมีน้ำอยู่มาก พบเป็น Wet lung syndrome มีการเพิ่ม Perihilar interstitial markings โดยมีสารน้ำอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด ตรงกันข้ามกับทารกที่เป็น RDS ผลการตรวจระดับก๊าซในเลือดพบระดับคาร์บอนไดออกไซด์ปกติ พีเอชปกติ

3.4.1.3 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง (Complete blood count : CBC) เพื่อวิเคราะห์ภาวะสุขภาพทารก เพื่อหาสัญญาณของการติดเชื้อ หากปริมาณเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ อาจหมายถึงการติดเชื้อ เพื่อจำแนกออกจากภาวะ TTNB ได้

3.1.5 การรักษา

เป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ทารกที่มีภาวะหายใจลำบากชั่วคราว จะถูกติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โดยมีการติดตามอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับออกซิเจน จนกว่าระดับการหายใจและระดับออกซิเจนจะเป็นปกติ สำหรับทารกที่ควรให้ออกซิเจนเพิ่ม อาจเริ่มให้ออกซิเจนแรงดันต่ำทางจมูก หากทารกยังมีภาวะหายใจลำบาก อาจต้องใช้เครื่องอัดแรงดันบวกหรือซีแพ็บ (Continuous positive air way pressure : CPAP) หรือเครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกผ่านทางจมูกชนิดอื่น เพื่อส่งแรงดันอากาศผ่านท่อไปยังหน้าภาครอบจมูกและปาก ช่วยไม่ให้ปอดยุบตัว และช่วยเปิดช่องอากาศขณะหายใจ นอกจากนี้ทารกยังต้องได้รับสารน้ำสารอาหารที่เพียงพอ เนื่องจากทารกที่มี TTNB จะหายใจเร็วจนไม่สามารถดูดกลืนนมได้ตามปกติ อาจให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อช่วยป้องกันภาวะขาดน้ำและควบคุมไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป นอกจากนี้ยังอาจให้นมทางสายยางให้อาหารทางปาก เพื่อส่งนมไปยังกระเพาะ ช่วยให้ทารกได้รับสารอาหารที่เพียงพอ การพยากรณ์โรค ส่วนมากอาการจะดีขึ้นหลัง 24 ชั่วโมง และหายเป็นปกติภายใน 3-5 วัน แต่ถ้าหลังอายุ 3 วันแล้ว ถ้าผลถ่ายภาพรังสียังไม่เป็นปกติ หรือทารกยังมีอาการหายใจลำบากนานกว่า 5 วัน เมื่อโตขึ้นมีโอกาสเป็นโรคหอบหืด

3.2 กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้

3.2.1 กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นการวางกรอบการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลหลักทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหา ที่มาของปัญหาเพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของทารกเป็นรายบุคคลได้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

3.2.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ตลอดจนความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นขั้นตอนที่ทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตลอด

กระบวนการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของทารกและครอบครัว โดยการประเมินภาวะสุขภาพประกอบไปด้วย การเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการบันทึกข้อมูล

3.2.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของทารกที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อเท็จจริง มาสรุปได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพและระบุเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับ บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่เกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต” NANDA ได้จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็น 5 ประเภทดังนี้

- 1) ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual Nursing Diagnosis)
- 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk Nursing Diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยพยาบาลที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้
- 3) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible Nursing Diagnosis) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มี
- 4) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness Nursing Diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีแสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับสุขภาพดี และต้องการมีพฤติกรรมที่จะมีสุขภาพดีมากขึ้น
- 5) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจง

3.2.1.3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) มี 4 ขั้นตอนคือ การจัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังหรือเกณฑ์การประเมินผล การเลือกกิจกรรมการพยาบาล การเขียนแผนการพยาบาล

3.2.1.4 การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of Nursing Care Plan) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติหรือการปฏิบัติโดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์ถูกต้องก่อนให้การพยาบาลพยาบาลต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพซ้ำเพื่อประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการหรือไม่

3.2.1.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล

3.2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11แบบแผนของมาร์จอร์รี่กอร์ดอน (Majorj Gordon) โดยประเมินทั้งของทารกและครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล

3.2.3 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป็ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เกิดโรค ความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ แต่ถ้าเป็นเด็กทารกต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมดเนื่องจากทารกไม่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญที่สุด

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ปัจจุบันอัตราการเกิดของทารกทั่วโลกราว 15 ล้านคนต่อปี ในประเทศไทยมีอัตราการเกิดของทารกจำนวน 5-6 แสนคนต่อปีจากสถิติประเทศไทยปี พ.ศ. 2564-2566 เช่นเดียวกับโรงพยาบาลขอนแก่นหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตมีอัตราทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาตัวเพิ่มมากขึ้นสถิติในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยทารกแรกเกิดเข้ารับรักษาจำนวน 248, 250 และ 256 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวที่ต้องเข้ารับการรักษา จำนวนร้อยละ 6.1, 8.8 และ 19.9 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น (เวชระเบียนหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1)

ทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน ส่งผลให้ทารกต้องงดน้ำ งดอาหารในรายที่มีอาการรุนแรง อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจ อาจมีภาวะหายใจล้มเหลวตามมา ซึ่งคุกคามต่อชีวิตได้ ในทารกที่ต้องได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก หรือใส่ท่อช่วยหายใจ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้มากมาย เช่น การติดเชื้อ การมีลมรั่วที่ช่องเยื่อหุ้มปอด ถึงแม้จะไม่พบบ่อยแต่ก็เป็นภาวะที่เป็นอันตราย อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ ต้องได้รับการรักษาทันท่วงทีจึงจะช่วยให้ทารกรอดชีวิต นอกจากนี้ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด ทำให้ต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล บิดามารดามีความวิตกกังวล มารดากับบุตรถูกแยกจากกัน เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวมากขึ้น เป็นปัญหาทางเศรษฐกิจได้

ดังนั้น การศึกษาพยาธิสรีระของภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ตลอดจนการประเมินสภาพทารก ซึ่งเป็นแนวทางแก้ไขปัญห และให้การดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ทารกหายจากภาวะหายใจเร็วชั่วคราวโดยเร็ว และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาล ที่มีความชำนาญเฉพาะ จึงต้องมีการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผู้ศึกษาจึงได้เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจที่จะศึกษาและสร้างมาตรฐาน ในการดูแลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงานเดือน มกราคม พ.ศ. 2566 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

กิจกรรม	ม.ค. 2566	ก.พ. 2566
1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 รายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1	↔	
2. รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี ประเมินสภาพผู้ป่วย	↔	
3. ศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีและแผนการรักษาของแพทย์	↔	
4. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อ Internet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา	↔	
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งทางกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ	↔	
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน		↔
7. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล		↔
8. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาเขียนสรุปรายงาน พิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ดูแลติดตาม ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข เผยแพร่	↔	

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (Transient tachypnea of the newborn : TTNB) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีมาตรฐาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต1 มีมาตรฐานในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (Transient tachypnea of the newborn : TTNB) จำนวน 1 เรื่อง

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ญาติมีความพึงพอใจการดูแลรักษาของทีมสุขภาพญาติคลายความวิตกกังวล

กรณีศึกษา HN66-005080 AN 66-06268

ทารกเกิดครบกำหนดจากมารดาอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ คลอดด้วย Vacuum extraction เนื่องจากมารดาไม่มีแรงเบ่งคลอด ในวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2566 เวลา 06.26 น. ที่โรงพยาบาลขอนแก่น น้ำหนักแรกเกิด 2,480 กรัม ค่าคะแนน APGAR ได้ 8-9-9 คะแนนตามลำดับ ที่เวลา 2 นาทีแรกเกิด วัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้ 70% ทารกได้รับการดูแลเบื้องต้นหลังเกิด จนถึงเวลา 5 นาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 98% ทารกตื่นดี ปากแดง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดี อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้งต่อนาที ได้รับการให้ความอบอุ่นผ่าน Radiant warmer ที่เวลา 9 นาที ทารกเริ่มหายใจไม่สม่ำเสมอ มีภาวะหายใจลำบาก กล้ามเนื้อช่วยหายใจตั้งรั้งที่บริเวณซี่โครง แพทย์ได้ช่วยให้แรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง (Nasal continuous positive airway pressure : NCPAP) ผ่านหน้ากากครอบใบหน้า 5 เซนติเมตรน้ำ โดยใช้ความเข้มข้นของออกซิเจน 100% ที่เวลา 10 นาที ทารกปากแดง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดี การตอบสนองของปฏิกิริยาสะท้อนกลับดี (Reflex) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 100% ที่เวลา 13 นาทีหลังเกิด ทารกมีการหายใจลำบาก โดยใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ตั้งรั้งที่บริเวณซี่โครงมากขึ้น แพทย์ได้ให้การช่วยเหลือด้วยการเพิ่ม NCPAP เป็น 6 เซนติเมตรน้ำ และปรับความเข้มข้นของออกซิเจน 100% หลังจากนั้นทารกมีอัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที ทารกเริ่มมีการหายใจแบบ Grunting แพทย์จึงพิจารณาให้ย้าย ไปที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ระยะวิกฤต 1 ในวันที่ 29 มกราคม พ.ศ.2566 เวลา 07.30 น.

ประเมินอาการแรกรับทารกรู้สึกตัว ตื่นตัวดี (Active) น้ำหนักตัวทารกแรกรับ 2,480 กรัม วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต Systolic/diastolic/mean blood pressure :60/37/46 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่วัดปลายนิ้ว (SpO₂) 100% ตรวจพบคีระชน่วม แพทย์ประเมินว่า มีเลือดออกในชั้นอะโพเนิวโรซิสต์ (Subgaleal hematoma) ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 5 เซนติเมตรบริเวณกลางศีรษะ ที่มาจากการคลอดด้วย Vacuum extraction ทารกได้รับการช่วยหายใจ NCPAP 6 เซนติเมตรน้ำ ความเข้มข้นของออกซิเจน 25% ทารกได้รับนมผสม 10 มิลลิลิตรทางสายยางให้อาหารทางกระเพาะวันละ 8 ครั้ง หลังจากนั้นติดตามค่าน้ำตาลที่เจาะปลายนิ้ว (DTX) ได้ 86 มิลลิกรัมเดซิลิตร หลังจากนั้นติดตามค่า DTX ก่อนมื้อกินนม 2 มื้อค่า DTX อยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ คือ 84 และ 93 มิลลิกรัมเดซิลิตร ค่าฮีมาโตคริต (Hematocrit : Hct) 59% ทารกมีสีหน้าปวด ร้องให้ประเมินค่าคะแนนความปวด 4-5 คะแนนได้ให้การพยาบาลด้วย 24% Sucrose หยดในปากเพื่อลดความปวดทารกกลับได้หลังได้รับ 24% Sucrose ทารกไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ เนื่องจาก ผลตรวจฟิล์มรังสีทรวงอก (CXR) พบว่า เป็นภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (Transient tachypnea of the newborn : TTN) ทารกได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ในวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2566

เมื่ออายุวันที่ 2 ทารกรู้สึกตัว Active ดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 126 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต Systolic/diastolic/mean blood pressure :58/37/45 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ทารกสามารถหย่าเครื่อง NCPAP ได้แล้วหายใจด้วยตัวเอง ทั้งหมดที่บรรยากาศห้อง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่วัดปลายนิ้ว (SpO₂) 99-100 % ทารกได้รับนมผสม 20

มิลลิลิตรวันละ 8 ครั้งทางสายให้อาหารทางกระเพาะ ทารกรับนมได้ดีไม่มีสำลัก ท้องกดนุ่ม ถ่ายอุจจาระเป็นขี้เทา และปัสสาวะออกดี จำนวน 3 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ศีรษะทารกนุ่มมากขึ้น แพทย์ให้ติดตามค่า Hematocrit(Hct) ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะซีดและช็อค ค่าอยู่ในเกณฑ์รับได้ คือ 58, 56 และ 60 % ตามลำดับ ไม่มีสัญญาณของภาวะช็อค ทารกมีภาวะตัวเหลือง ตั้งแต่ใบหน้าจนถึงหน้าอก สารเหลืองที่เจาะปลายนิ้ว 14 มิลลิกรัมเดซิลิตร สูงกว่าเกณฑ์ที่รับได้คือ 11 มิลลิกรัมเดซิลิตร จึงได้รับการส่องไฟรักษาลดภาวะตัวเหลือง

อายุวันที่ 3 ทารกรู้สึกตัว Active ดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 50 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต Systolic/diastolic/mean blood pressure :69/30/41 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ทารกหายใจด้วยตัวเองทั้งหมดที่บรรยากาศห้อง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่วัดปลายนิ้ว (SpO₂) 96-99 % ทารกได้รับนมผสม 25 มิลลิลิตรวันละ 8 ครั้ง ทารกรับนมได้ดีท้องนุ่ม ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระเสียเขียวปนขี้เทา มีภาวะตัวเหลืองสารเหลืองที่เจาะปลายนิ้ว (Microbilirubin : MB) ได้ 15 มิลลิกรัมเดซิลิตร สูงกว่าเกณฑ์ที่รับได้คือ 13.5 มิลลิกรัมเดซิลิตร จึงได้รับการส่องไฟรักษา ลดภาวะตัวเหลืองในวันที่ 2 ของชีวิต แพทย์ได้ให้เจาะเลือดเพื่อหาสาเหตุของภาวะตัวเหลือง ผลตรวจคือ ทารก G6PD ปกติ ทารกเลือดกลุ่มบี มารดากลุ่มโอ แพทย์คิดถึงภาวะตัวเหลืองจากกลุ่มเลือดมารดา และทารกเข้ากันไม่ได้ ร่วมกับการมีเม็ดเลือดแดงแตกตัวจากมี Subgaleal hematoma และทารกดูดนมได้น้อยเนื่องจากทารกมี Tongue ties และมารดาน้ำนมมาน้อย ได้ส่งมารดาไปปรึกษาศลินิกนมแม่ หลังจากนั้นมารดาบีบน้ำนมได้มากขึ้น และการอุ้มบุตรเข้าเต้าของมารดามีความมั่นใจมากขึ้นแพทย์จึงพิจารณาให้ย้ายไปที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ในวันที่ 31 มกราคม 2566 เพื่อให้มารดาฝึกเลี้ยงก่อนกลับบ้าน

อายุวันที่ 4 ทารกรู้สึกตัว Active ดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 46 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต Systolic/diastolic/mean blood pressure :70/40/51 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ทารกหายใจด้วยตัวเองทั้งหมดที่บรรยากาศห้อง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่วัดปลายนิ้ว (SpO₂) 97-99 %ทารกสามารถกินนมได้30 มิลลิลิตรวันละ 8 ครั้งโดยให้ทางแก้วป้อนทางปาก และฝึกเข้าเต้ามารดาพร้อมด้วย ทารกกินนมได้ยังไม่ค่อยดีถ้าให้เข้าเต้ามารดา เนื่องจากมี Tongue tiesจึงได้ปรึกษาศลินิกนมแม่เพื่อตัด Tongue ties วันนี้ทารกมีภาวะตัวเหลืองลดลง ค่า MB เท่ากับ 9.6 มิลลิกรัมเดซิลิตร ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์การส่องไฟรักษา คือ 13.5 มิลลิกรัมเดซิลิตรจึงได้หยุดส่องไฟรักษา ลดภาวะตัวเหลือง ทารกได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคบีซีจี (BCG) 0.1 มิลลิลิตรที่ชั้นผิวหนังที่หัวไหล่ข้างซ้าย ได้ให้คำแนะนำมารดาในการดูแลสังเกตตุ่มหนองการฉีดวัคซีนและแนะนำการทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุก ห้ามแกะเกา ตุ่มหนองการปลูกฝีจะหลุดลอกไปเองทารกได้รับการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital cyanotic heart disease : CCHD) ผลตรวจคือ ปกติ ในวันที่1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

อายุวันที่ 5 ทารกรู้สึกตัว Active ดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 44 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต Systolic/diastolic/mean blood pressure :64/35/44 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ทารกหายใจด้วยตัวเองทั้งหมดที่บรรยากาศห้อง ค่าความ

อิ่มตัวของออกซิเจนที่วัดปลายนิ้ว (SpO₂) 96-100 % ทารกสามารถกินนมได้ดี 35 มิลลิลิตรวันละ 8 ครั้งโดยให้นมทางแก้วป้อนนม วันนี้ทารกได้รับการตัด Tongue ties และฝึกให้เข้าเต้ามารดา ทารกเริ่มดูดได้แรงมากขึ้น น้ำนมมารดามาเพียงพอ ทารกกินนมทางเต้าได้ดีตามที่ต้องการของทารก วันนี้ทารกได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน ในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผลการตรวจคือผ่าน แปลผลปกติ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยมีนัดตรวจที่คลินิกนมแม่ อีก 1 สัปดาห์ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 คลินิกทารกแรกเกิดไม่มีนัดตรวจติดตามอาการน้ำหนักทารกก่อนจำหน่าย 2,410 กรัมจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เวลา 15.00 น. รวมระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน 4 วัน

ในกรณีศึกษาทารกรายนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน เป้าระวังอาการผิดปกติ และรายงานแพทย์ให้ทันที่ ซึ่งจะช่วยให้ทารกได้รับการรักษาเร็วและถูกต้อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังต้องมีความสามารถในการคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหายใจลำบากจากภาวะ TTNB ที่อาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ อาจเกิดภาวะช็อคจากการมีเลือดออกในชั้นอะโพเนอโรซิอัส (Subgaleal hematoma) ภาวะตัวเหลืองจากการดูดนมมารดาไม่ได้ เนื่องจากทารกมี Tongue ties รวมถึงบิดามารดามีความวิตกกังวล หาแนวทางป้องกันและดูแลให้ทารกปลอดภัย ทารกรายนี้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานกระบวนการหลักในการทำงานของทีมดูแลรักษาของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 หลังให้การพยาบาลพบว่าทุกปัญหาลดความรุนแรงลง ทารกมีอาการดีขึ้น หายใจไม่หอบ ดูดนมได้ดี บิดามารดามีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ในการดูแลทารกที่บ้าน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในทารกรายนี้

- 1) การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากพื้นที่ผิวในการแลกเปลี่ยนก๊าซมีน้อยจากภาวะ TTNB
- 2) เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะตัวเหลือง
- 3) เสี่ยงต่อภาวะช็อคและชืดเนื่องจากมีเลือดออกในชั้น Subgaleal hematoma
- 4) เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมี Tongue ties และมารดาน้ำนมมีน้อย
- 5) ไม่สบาย มีภาวะปวดเนื่องจากมีเลือดออกที่ Subgaleal hematoma
- 6) บิดา มารดา มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวให้มีประสิทธิภาพ

6.2 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วแบบชั่วคราว ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 การประเมินทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (TTNB) และมีเลือดออกในชั้น Sugaleal hematoma มีความสำคัญมากเนื่องจากมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นต้องมีการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด รวดเร็ว และมีการตอบสนองที่ทันท่วงที

7.2 ความยากในการประเมินความต้องการของทารก เนื่องจากทารกไม่สามารถสื่อสารความเจ็บป่วย และความต้องการในการดูแลได้ ดังนั้น พยาบาลจะต้องใช้ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การประเมินสภาวะความเจ็บป่วย ความต้องการของทารกและให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้ป่วยทารกวัยนี้ มี Tongue-tie ดูดนมไม่ได้ การประเมินความต้องการของทารกแรกเกิด เป็นเรื่องที่ทำได้ยากถ้าผู้ดูแลขาดความชำนาญในการดูแล เนื่องจากทารกมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ดังนั้นการใช้หลักการประเมินความต้องการของผู้ป่วยมีความจำเป็นมาก เช่น เวลาทารกร้องไห้ เจ็บปวด ปัสสาวะ อุจจาระ พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ดูแลทั้งหมดขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้านผู้ดูแลคือบิดามารดาจึงต้องสามารถตอบสนองความต้องการทารกได้ให้ทันท่วงที รวมถึงสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การได้รับนมที่เพียงพอ สนิ่วว่ามีตัวเหลืองเพิ่มขึ้น การขับถ่ายอุจจาระ การมีไข้ ทารกซึมลง ทารกท้องอืด หายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกความผิดปกติที่ต้องรีบพามาโรงพยาบาล

8.2 มารดาน้ำนมมาน้อยเนื่องจากมารดามีความเครียด วิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยของบุตร ทำให้น้ำนมมาน้อย การพยาบาลคือการให้กำลังใจ ส่งเสริมให้มารดาได้จับสัมผัสบุตร แนะนำให้มารดาไปที่คลินิกนมแม่เพื่อกระตุ้นการบีบเก็บน้ำนม ดังนั้นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับบิดามารดา จึงมีความสำคัญรวมถึงการให้คำแนะนำการบีบเก็บน้ำนมมาส่งให้บุตรได้อย่างเพียงพอ

8.3 ความปวด ผู้ป่วยทารกวัยนี้ มีเลือดออก ในชั้นอะโพโรนิวโรซิสต์ (Subgaleal hematoma) ที่เกิดจากการคลอด Vacuum extraction เส้นผ่านศูนย์กลาง 5 เซนติเมตร ทำให้ทารกแรกเกิดรายนี้มีความเจ็บปวดที่ศีรษะนุ่มและต้องใส่หมวก NCPAP พยาบาลต้องมีการเข้าไปดูแลอย่างใกล้ชิดและบ่อยครั้งมากขึ้น เพื่อปลอบโยนทารก สัมผัส เพื่อให้ทารกหยุดร้องไห้และได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอจาก NCPAP เพื่อลดภาวะหายใจลำบาก นอกจากนี้แล้วการดูแลทารกเรื่องความเจ็บปวด เพื่อให้ทารกสงบลงและสงบไฟได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 มีการทบทวนความรู้และแนวทางการดูแลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว เพื่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

9.2 มีการกำหนดแผนเพื่อพัฒนาความรู้บุคลากรเรื่องการดูแลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว มีการจัดอบรม

9.3 สนับสนุนการนำงานวิจัยมาปรับใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว และพัฒนางาน โดยการทำวิจัย เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพสูง

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เผยแพร่งานให้สมาชิกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตและหน่วยงานใกล้เคียงได้นำแนวทางการดูแลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวไปใช้

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวเจสตาภรณ์ ปฏิทันโต พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... *เจสตาภรณ์ ปฏิทันโต*

(นางสาวเจสตาภรณ์ ปฏิทันโต)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเจสตาภรณ์ ปฏิทันโต	เจสตาภรณ์ ปฏิทันโต

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... **ตท. ต้น**

(นางสาวดาราคำแหวน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (หัวหน้าตึก)

(วันที่)/...../.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... **อ. อ.**

(.....นางยุวดี บุญลอย.....)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (หัวหน้ากลุ่มงาน)

(วันที่)/...../.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... **อ. อ.**

(.....นางพินรัฐ จอมเพชร.....)

(ตำแหน่ง) วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล)

(วันที่) **11** / **มกราคม** / **๒๕๖๖**

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... **อ. อ.**

(.....นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ.....)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) **๑** / **ก.พ.** / **๒๕๖๖**

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

บรรณานุกรม

- คณาจารย์ สาขาทารกแรกเกิด. (2565). Ramathibodi Handbook of Neonatology. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ชวนพิศ วงศ์สามัญและกล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2555). การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล. ขอนแก่น : หจก.ขอนแก่นการพิมพ์ ขอนแก่น.
- ปุณณิกัสส์ อริยะปรานต์. (2559). นวัตกรรมมานกลืนแสงสบายตา. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, (22), 17-27.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนาและคณะ.(2555). การพยาบาลเด็ก 1. นนทบุรี : ธนาเพลส
- วัลยา ธรรมพินชวัฒน์ สมสิริ รุ่งอมรรัตน์และสุตาภรณ์พยัคฆ์เรื่อง. (2559). การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มี**ความเสี่ยงสูง**. กรุงเทพฯ : พีริ-วัน.
- อารีรัตน์ ระวีวงศ์. (2554). การดูแลทารกตัวเหลืองอย่างมีประสิทธิภาพ. นครศรีธรรมราช : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพนครศรีธรรมราช.

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง ม่านบังแสงส่องไฟลดภาวะตัวเหลือง

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะตัวเหลือง (Hyperbilirubinemia หรือ Jaundice) ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบบ่อย ซึ่งเป็นภาวะที่มีสารเหลืองบิลิรูบิน (Bilirubin) ในเลือดสูงกว่าปกติ บิลิรูบินเกิดจากการสลายของเม็ดเลือดแดง กำจัดออกได้โดยอาศัยเอนไซม์จากตับ และขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ อุจจาระหากปล่อยให้ทารกมีอาการตัวเหลืองมากขึ้น จะพบว่ามีอาการซึม ตัวอ่อนปวกเปียก ดูนมได้ไม่ดี ต่อมาทารกจะมีอาการซึม กระสับกระส่าย มีไข้ ร้องเสียงแหลม หลังแ่่น ต้องให้การรักษารวดเร็ว แต่ถ้าวินิจฉัยให้การรักษาล่าช้า จะทำให้สมองถูกทำลายอย่างถาวร เนื่องจากบิลิรูบินจะผ่านเข้าสมอง สะสมในชั้น Basal ganglia ทำให้เกิดภาวะ Kernicterus คือสมองถูกทำลายถาวร ซึ่งภาวะตัวเหลืองพบประมาณร้อยละ 65 ของทารกแรกเกิดครบกำหนด ส่วนในทารกเกิดก่อนกำหนด พบได้ประมาณร้อยละ 80 เช่นเดียวกับสถิติในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยทารกแรกเกิดเข้ารักษาจำนวน 248, 250 และ 256 รายตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีทารกที่มีภาวะตัวเหลือง ที่ต้องส่องไฟรักษาจำนวนร้อยละ 37, 39 และ 44 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น

การส่องไฟรักษา (Phototherapy) เป็นการรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง (Neonatal jaundice) โดยใช้แสงสีฟ้าเขียว (Green blue light) ซึ่งมีความยาวคลื่น 460-490 นาโนเมตร ซึ่งเป็นความยาวคลื่นที่มีประสิทธิภาพสูงสุดที่แสงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโมเลกุลของสารบิลิรูบินชนิดไม่ละลายน้ำ (Unconjugated bilirubin) ให้กลายเป็นบิลิรูบินชนิดละลายน้ำ (Conjugated bilirubin) ได้ โดยขับออกทางน้ำดี เพื่อขับถ่ายออกมาเป็นอุจจาระและปัสสาวะ ซึ่งการที่จะทำให้การส่องไฟมีประสิทธิภาพ นั้นต้องทำให้แสงสีฟ้าเขียว ตกกระทบบนผิวหนังของทารกมากที่สุด (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนาและคณะ, 2555)

ในปัจจุบันเครื่องส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลือง ในโรงพยาบาลขอนแก่น มีทั้งหลอดไฟที่เป็นแบบหลอดฟลูออเรสเซนต์สีฟ้า และหลอด Light emitted diode : LED ที่เป็น Special blue ซึ่งความเข้มของแสงเวลาที่ใช้การส่องไฟกับทารกแตกต่างกัน และจะมีจำนวนไม่เพียงพอ และยังมีความขาดแคลนผ้าคลุมเครื่องส่องไฟที่มีประสิทธิภาพ ในการรวมแสงให้ตกกระทบบนผิวหนังทารกในขณะที่ส่องไฟ

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงหาแนวทางให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการส่องไฟลดภาวะตัวเหลือง ผู้ศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประดิษฐ์ม่านบังแสงส่องไฟลดภาวะตัวเหลือง ที่ช่วยเพิ่มความเข้มแสงที่ตกกระทบบนผิวหนังทารกให้มากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์ในการใช้คลุมเครื่องส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลืองอย่างมีประสิทธิภาพ สารบิลิรูบินจะได้เปลี่ยนเป็นสารละลายน้ำได้และขับออกจากร่างกายได้อย่างรวดเร็ว ภาวะตัวเหลืองก็จะลดลง และไม่มีภาวะสารบิลิรูบินไปเกาะเนื้อสมองแบบถาวร (Kernicterus) ไม่เกิดภาวะปัญญาอ่อนหรือเสียชีวิตจากภาวะตัวเหลือง

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การส่องไฟรักษาเป็นวิธีการรักษาภาวะตัวเหลือง มาเป็นเวลานานกว่า 60 ปี โดยใช้แสงสีฟ้าเขียว (Blue green light) จากคำแนะนำของสถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งอเมริกา ได้ระบุความยาวคลื่น 460-490 นาโนเมตร เป็นความยาวคลื่นที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และช่วงคลื่นที่ทำให้สารบิลิรูบินดูดซึมได้มากที่สุด 460 นาโนเมตร การรักษาภาวะตัวเหลืองนั้นมี 3 วิธี คือการส่องไฟรักษา การรักษาด้วยยา และการเปลี่ยนถ่ายเลือด ซึ่งวิธีการส่องไฟรักษาเป็นวิธีที่ใช้บ่อยที่สุด เพราะเป็นวิธีการป้องกันและรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดระดับบิลิรูบินในระดับที่ไม่สูงมากในปัจจุบันมีการประดิษฐ์เครื่องส่องไฟรักษาออกมาหลายรูปแบบ โดยมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไปแต่ที่นิยมในปัจจุบันคือ การใช้หลอดไดโอดเปล่งแสงหรือแอลอีดี (Light emitted diodes : LED) ซึ่งมีความเข้มแสงประมาณ 20-55 uw/cm²/nm และความยาวแสงอยู่ในช่วง 460-490 นาโนเมตรและเป็นแสงสีฟ้า มีประสิทธิภาพที่สุดในการดูดซึมบิลิรูบินได้ดีที่สุดในปัจจุบัน โดยวางห่างตัวทารก 20 เซนติเมตร ไม่ทำให้เกิดความร้อนมาก อายุการใช้งานมากกว่า 20,000 ชั่วโมงนอกจากหลอดไฟต้องมีคุณภาพแล้ว สิ่งที่จะช่วยให้แสงไปตกกระทบผิวหนังทารกมากที่สุดคือสิ่งสำคัญ

ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ยังไม่มีม่านบังแสงส่องไฟลดภาวะตัวเหลืองที่มีประสิทธิภาพทำให้การลดภาวะตัวเหลืองได้ช้า พยาบาลที่ให้การดูแลทารกที่ส่องไฟรักษา ได้ใช้ผ้าสีขาว ผ้าสีฟ้าบังแสงส่องไฟหรือผ้าอื่น ๆ ที่มีในหอผู้ป่วยคลุมไฟส่องรักษาภาวะตัวเหลือง ดังนั้นผู้นำนเสนอผลงานจึงมีแนวคิดที่จะประดิษฐ์ ม่านบังแสงส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลือง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่องไฟลดภาวะตัวเหลืองได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลือง
2. เพื่อให้หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 มีม่านบังแสงเพิ่มประสิทธิภาพในการส่องไฟลดภาวะตัวเหลือง

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน มกราคม 2567- เดือน กุมภาพันธ์ 2567 (จะดำเนินการหลังการแต่งตั้งแล้ว)

กลุ่มเป้าหมาย ทารกเกิดที่ได้รับการส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลือง และพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เข้าปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา การดำเนินการ ประโยชน์จากการศึกษา และขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนการดำเนินการ
2. ศึกษาปัญหา รวบรวมข้อมูลการใช้ไฟส่องรักษาภาวะตัวเหลืองศึกษางานวิจัยต่าง ๆ
3. ประชุมชี้แจง หัวข้อในประดิษฐ์ม่านบังแสงส่องไฟรักษา ลดภาวะเวียนศีรษะของพยาบาลผู้ดูแลทารกที่ได้รับการส่องไฟรักษา
4. นำใช้ม่านบังแสงส่องไฟในการคลุมไฟที่ส่องทารกที่มีภาวะตัวเหลือง

5. ประเมินความปลอดภัยของม่านบังแสงส่องไฟโดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้

6. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ติดตามปัญหา อุปสรรคการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบท

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้รับการดูแลขณะส่องไฟรักษา โดยมีม่านบังแสงส่องไฟลดภาวะตัวเหลืองคลุมเครื่องส่องไฟทุกรายและเพียงพอ

4.2 พยาบาลมีม่านบังแสงส่องไฟรักษาแบบใหม่ ที่สามารถลดภาวะตัวเหลืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตมีม่านบังแสงส่องไฟลดภาวะตัวเหลือง จำนวน 10 ผืน

5.2 พยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 มีความพึงพอใจในระดับมากในการใช้ม่านบังแสงส่องไฟลดภาวะตัวเหลืองร้อยละ 80

5.3 อุบัติการณ์เกิด Kernicterus ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตเท่ากับ 0

(ลงชื่อ)..... *เจสตาภรณ์ ปฏิทินโด*

(นางสาวเจสตาภรณ์ ปฏิทินโด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ธันวาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคนิ่วในไต (Kidney Stones) คือโรคที่เกิดจากแร่ธาตุแข็งชนิดต่าง ๆ ที่รวมตัวกันเป็นก้อน ก้อนนิ่วมีชนิดและขนาดที่แตกต่างกันไป โดยมักเกิดขึ้นบริเวณไต แต่พบได้ตลอดระบบทางเดินปัสสาวะ และมีโอกาสเกิดได้สูงหากปัสสาวะมีความเข้มข้นจนแร่ธาตุต่าง ๆ ตกตะกอนจับตัวเป็นนิ่ว นิ่วในไตอาจสร้างความเจ็บปวดทรมานให้ผู้ป่วยได้อย่างมากหากก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่จนไปปิดกั้นและสร้างแผลบาดเจ็บที่ท่อไต และอาจส่งผลให้ปัสสาวะออกมาเป็นเลือด โรคนิ่วในไตเกิดจากการรวมตัวของผลึกอะตอมในปัสสาวะบริเวณไตและท่อไต เช่น แคลเซียมออกซาเลต กรดยูริก และฟอสเฟต ภายใต้ความเข้มข้นของปัสสาวะที่สูงขึ้น โดยขาดสายยับยั้งการก่อตัวพวกซิเทรต แมกนีเซียม เหล็ก และไพโรฟอสเฟต ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลึกในปัสสาวะคือ ภาวะอิ่มตัวยวดยิ่ง (Supersaturation) ของสารก่อนิ่ว (Stone promoters) ได้แก่ แคลเซียม ออกซาเลต ฟอสเฟตและกรดยูริก เป็นต้น อย่างไรก็ตามในปัสสาวะยังมีสารอื่นๆ อีกหลากหลายชนิด ทั้งสารอินทรีย์และสารอนินทรีย์ ดังนั้นการเกิดผลึกจึงไม่ได้ขึ้นกับความเข้มข้นของสารก่อนิ่วเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับสารที่สามารถจับหรือปฏิสัมพันธ์กับสารก่อนิ่วเหล่านี้ได้อีกด้วย นิ่วไตอาจเป็นก้อนหินแข็งเม็ดเดียวหรือหลายเม็ดอยู่ในกรวยไตหรือ Calyces อาจมีกิ่งก้านยื่นเข้าไปใน Calyces มากกว่า ๑ calyces หรือเรียกว่านิ่วเขากวาง (Staghorn stone) อาจมีทั้งนิ่วที่บรัสสีและไม่ที่บรัสสี โดยนิ่วขนาดใหญ่อาจจะติดบริเวณทางเดินปัสสาวะ และปิดกั้นการไหลของสารน้ำปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดอย่างรุนแรงหรือมีเลือดออกตามมาได้ การรักษามีจุดมุ่งหมายสำคัญ ๒ ประการ คือ เพื่อเอานิ่วออกและป้องกันไม่ให้เกิดนิ่วขึ้นมาใหม่ เพื่อรักษาไตให้ทำงานได้ปกติที่สุด การรักษาโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะมีความก้าวหน้าไปมากในโรงพยาบาลขอนแก่นสามารถผ่าตัดหรือส่องกล้องเอานิ่วออก ปัจจุบันมีการพัฒนาการดำเนินงานด้านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) เป็นตัวอย่างหนึ่งของการยกระดับมาตรฐานควบคู่ไปกับการลดค่าใช้จ่ายทั้งในแง่ของผู้ให้บริการ (ลดความแออัด และสามารถกลับบ้านได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง) และผู้รับบริการ (ลดค่าใช้จ่ายของญาติในการอยู่เฝ้าและการเดินทาง) ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน กรมการแพทย์ได้รับความร่วมมือจากหลายๆ หน่วยงานในการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ ที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบนับว่าเป็นนโยบายที่สำคัญยิ่ง ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาระบบบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ ระยะเวลารอคอย ความแออัด ลดค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน ผู้รับบริการ นอกจากนี้ กรมการแพทย์ยังเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมาก มีการร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญจากหลายภาคส่วนในการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับระบบโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่มีประโยชน์ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์ ด้วย การผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การให้การพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ความเชี่ยวชาญสูง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความพร้อมของเอกสารการเซ็นยินยอมทำผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดผ่านกล้องได้แก่ กล้อง nephoscope, monitor รับสัญญาณภาพ, camera, light source, เครื่องกรอตัว , เครื่องอุลตราซาวด์, mental dilate, fascia dilate, Amplatz sheath, stone forceps, หม้อน้ำ URO และสายน้ำ URO การพยาบาลในขณะผ่าตัด มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามหลัก sterile technique มีความแม่นยำและรวดเร็วเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีไหวพริบให้การพยาบาลได้อย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขณะทำการผ่าตัด เสร็จผ่าตัด

ตรวจสอบความเรียบร้อย และนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะอย่างปลอดภัย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อย ๓-๔ ลิตร/วัน ระวังไม่ให้แผลเปื่อยกขึ้น ไม่แกะเกาบริเวณแผลเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อหรือเป็นหนอง แผลมีน้ำเหลืองซึม มีไข้ ปวดท้อง ปัสสาวะน้อยลงหรือปัสสาวะไม่ออก ให้รีบกลับมาพบแพทย์ทันที จากการศึกษาเบื้องต้นผู้ศึกษาได้สังเกตเห็นว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในไตที่ได้รับการผ่าตัดโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบทางเดินปัสสาวะ โรคนิ่วไต สาเหตุการเกิดโรคนิ่วไต วิธีการรักษาโรคนิ่วไต และที่สำคัญคือการพยาบาลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จึงได้จัดทำแนวทางการพัฒนาความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนออกจากโรงพยาบาล สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

อุบัติการณ์เกิดของโรคนิ่วในไต

ปัจจุบันพบว่าการเกิดโรคนิ่วในไตเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก และพบได้บ่อยของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยพบว่ามีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว พบได้ทั้งในวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ในระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๐๒-๒๐๑๐ เซอร์เวลลิน และคณะ (Cervellin et al., ๒๐๑๒) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยนิ่วในไตที่มีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป พบว่าอัตราการเกิดนิ่วในไตสูงสุดในช่วงอายุ ≥ ๗๕ ปี จากการศึกษาของ Scales และคณะ (๒๐๑๒) ทำการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในไตของประเทศสหรัฐอเมริกา ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป พบว่าเพศชายมีอัตราการเกิดนิ่วในไตร้อยละ ๑๐.๖ ซึ่งสูงกว่าเพศหญิงที่พบเพียงร้อยละ ๗.๑ นอกจากนี้ Muhbes (๒๐๑๒) ทำการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในไตในผู้ที่ประกอบอาชีพใช้แรงงานคือ เกษตรกรรมและ อุตสาหกรรม พบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพเหล่านี้เกิดโรคนิ่วในไตสูงถึงร้อยละ ๓๓ เนื่องจากมีภาวะขาดน้ำและสูญเสียแร่ธาตุออกไปทางเหงื่อ จึงทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นสูงและเกิดภาวะเป็นกรด จึงส่งเสริมการเกิดผลึกของนิ่วในไตได้ง่าย นอกจากนี้ พบอัตราการเกิดนิ่วในไตสูงสัมพันธ์กับอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นและการมีช่วงฤดูร้อนที่ยาวนาน ซึ่งพบว่าสภาพอากาศที่ร้อนและแห้งแล้งจะมีผลต่อกระบวนการก่อตัวของผลึกนิ่วในไตสูงขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะจากสภาวะโลกร้อน (Global warming) ที่ทำให้อุณหภูมิทั่วโลกสูงขึ้น จึงส่งผลต่ออัตราการเกิดนิ่วในไตสูงขึ้น โดยคาดการณ์ว่าในปี ๒๐๕๐ อัตราการเกิดนิ่วในไตสูงถึงร้อยละ ๕๖ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๗๐ ในปี ๒๐๙๕ (Fakheri & Goldfarb, ๒๐๑๑; Turney et al., ๒๐๑๔) สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์การเกิดโรคนิ่วในไตสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณร้อยละ ๑๐-๑๖ (ชาญชัย บุญหล้า และคณะ, ๒๕๕๐; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๕)

สาเหตุของโรค/ปัจจัยเสี่ยงของโรคนิ่วในไต

สาเหตุที่แท้จริงจนบัดนี้ยังไม่ทราบแน่นอน แต่มีปัจจัยชักนำหรือเหตุช่วยส่งเสริมให้เกิดนิ่ว ดังจะกล่าวต่อไป ซึ่งในการเป็นนิ่วมักเกิดจากหลายๆ เหตุรวมกัน และยังมีเหตุที่เรายังไม่ทราบร่วมอยู่อีกด้วย

๑. stasis การมีปัสสาวะขังอยู่ ถ่ายไม่สะดวกเป็นปกติ ซึ่งอาจเป็นผลของการอุดกั้น เหตุจากประสาทที่ควบคุม (neurogenic) หรือแม้แต่การนอนอยู่กับที่เป็นเวลานานๆ จากโรคใดๆ ก็ตาม ลำพัง stasis ก็ทำให้เกิดนิ่วในปัสสาวะตกตะกอนและรวมตัวเป็นก้อนอยู่แล้ว ยิ่งกว่านั้น stasis ยังเป็นเหตุช่วยเสริมให้มีภาวะติดเชื้อ ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดนิ่วอีกต่อหนึ่ง ตัวอย่างที่พบนิ่วในคนที่มีอายุเกิน ๔๐ ปี ประมาณร้อยละ ๙๐ มีการอุดกั้นที่ส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะ หรือที่หลอดปัสสาวะร่วมอยู่ด้วย ซึ่งถ้าเพียงผ่าเอาก้อนนิ่วออกโดยไม่แก้การอุดกั้นนั้นแล้ว นิ่วจะต้องเกิดอีกเกือบทุกราย ส่วนการต้องนอนอยู่กับที่นานๆ นอกจากปัสสาวะไหลไม่สะดวก โดยไม่มี gravity ช่วยแล้ว ยังเกิดการละลายแคลเซียมจากกระดูกออกมา ทำให้มีแคลเซียมในปัสสาวะมากผิดปกติ มีโอกาสตกตะกอนเป็นนิ่วมากขึ้น

๒. การติดเชื่อทำให้มี erosion หรือเกิดเป็นแผลที่เยื่อบุผิวของทางเดินปัสสาวะ ทำให้มีผิวไม่ราบเรียบ มีความตึงผิวมากกว่าปัสสาวะ ผลึกมีโอกาสมารวมตัวเป็นก้อนนิ่ว แบนที่เรียบบาง อย่าง เช่น B.protrus เป็นจุลินทรีย์ที่แยกย่อยยูเรีย ferment ยูเรียได้ ทำให้เกิดเป็นแอมโมเนียจนทำให้ปัสสาวะเป็นด่าง พวกเกลือฟอสเฟตหรือคาร์บอนเนตของแคลเซียม แมกนีเซียม และแอมโมเนียจะตกตะกอนในด่าง จึงมีโอกาสเกิดนิ่วได้ กลุ่มก้อนของแบคทีเรียหรือชิ้นเนื้อตาย เนื่องจากการติดเชื่อ ยังจะเป็นแกนใน (nucleus) ให้ผลึกเกาะรวมตัวเป็นก้อนนิ่วได้อีกด้วย

๓. ปัสสาวะเข้มข้นขึ้น ปัสสาวะที่เข้มข้นเพราะมีเกลือชนิดหนึ่งชนิดใดมากเกินไป ก็มีโอกาสดกตะกอนเกิดเป็นนิ่วได้เมื่อมีเหตุอื่นเสริมช่วยอยู่ด้วย สาเหตุที่ทำให้ปัสสาวะเข้มข้น ได้แก่

๓.๑ ดื่มน้ำน้อยเกินไป

๓.๒ เสียน้ำไปทางอื่น เช่น เหงื่อออกมากเนื่องจากอากาศร้อน หรือใช้กำลังกายมาก เสียน้ำทางการอาเจียนหรือท้องเดิน

๓.๓ การกินอาหารบางอย่างมากเกินไป เช่น ดื่มน้ำนมมากเกินไปทำให้มีแคลเซียมในปัสสาวะมาก กินอาหารเนื้อโดยเฉพาะพวกเครื่องในทำให้มีกรดยูริกในปัสสาวะมาก ผัก หรือผลไม้บางอย่างทำให้มีออกซาเลตมากในปัสสาวะ อาหารที่ขาดวิตามิน B๖ ทำให้มีออกซาเลตมากในปัสสาวะ เป็นต้น

๓.๔ hyperparathyroidism ทำให้มีแคลเซียมมากในปัสสาวะ (hypercalciuria) และมีฟอสเฟตมากในปัสสาวะ (hyper phosphaturia)

๓.๕ idiopathic hypercalciuria (ภาวะนี้มีระดับฟอสเฟตในปัสสาวะเป็นปกติ) ไม่ทราบสาเหตุคนไข้ในโรงพยาบาลศิริราชเท่าที่ตรวจพบมาแล้วพบว่า ในคนไข้ที่มีนิ่วชนิดแคลเซียมทุกรายโดยเฉลี่ยมีระดับแคลเซียมใน ปัสสาวะ ๑๖.๖ มก.% แต่ในนิ่วชนิดไม่ใช่แคลเซียมในปัสสาวะเพียง ๙.๖ มก.

๓.๖ gout หรือในโรคที่ทำให้มีการสลายโปรตีนมาก และอย่างรวดเร็ว เช่น คนไข้ leukemina, Polycythemia หรือมะเร็ง ในขณะที่ได้รับการรักษาจะมีกรดยูริกในเลือดและปัสสาวะมาก

๓.๗ cystinuria เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ มีการผิดปกติในเมตาบอลิสมของโปรตีน มีโอกาสเป็น cystine stone

๓.๘ การผิดปกติในเมตาบอลิสมของ purine มี xanthine มากผิดปกติในปัสสาวะเกิดนิ่วได้

๔. ภาวะพร่องวิตามินเอ ขอนี้พิสูจน์ได้ในหนู แต่ในคนยังพิสูจน์ไม่ได้ แต่โดยทางอ้อม นิ่วเป็นในหมู่มุคนที่ยากจน ขาดสารอาหาร การขาดวิตามินเอ ทำให้มี keratinization และการลอกหลุดของเยื่อบุผิวเป็นโอกาสให้มีการรวมตัวของพวกผลึกต่างๆ

๕. การเปลี่ยนแปลงในภาวะกรด-ด่างของปัสสาวะ เกลือบางอย่างละลายได้ดีในน้ำปัสสาวะที่เป็นกรด เช่น เกลือฟอสเฟตหรือคาร์บอนเนตของแคลเซียม แมกนีเซียม และแอมโมเนีย ถ้าปัสสาวะเป็นด่าง เกลือเหล่านี้จะตกตะกอน มีโอกาสเกิดนิ่วได้ ตรงกันข้ามกับกรดยูริก, cystine, xanthine และออกซาเลตละลายได้ดีในด่าง และตกตะกอนในกรด

๖. สิ่งแปลกปลอม จะโดยการนำใส่เข้าไป เช่น การสวนหลอดปัสสาวะคาไว้ (หรือสายสวนขาดหลุดอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ) ผ้าซับเลือดในกระเพาะปัสสาวะ ของที่ใช้เย็บ (แม้แต่ chromic catgut) ซึ่งไม่ละลาย ที่เย็บโผล่เข้าไปในทางเดินปัสสาวะ ลิ่มเลือด ก้อนหนองชิ้นเนื้อตาย กลุ่มก้อนแบคทีเรีย จะเป็นแกนกลางให้เกิดการตกตะกอนและจับกันเป็นนิ่วได้

๗. Ramdall's Plaque Ramdall ตรวจศพในคนทั้งที่เป็นนิ่วและไม่เป็นนิ่ว พบว่ามีไตจำนวนมากที่มี Calcific plaque ที่ชั้นสับมิวโคซ่า ที่ส่วนปลายของ papilla นอกทิวบูล เขาเชื่อว่า เพราะมีการเสียหายของ papilla มาก่อนจากการติดเชื่อที่อื่น ๆ และเมื่อ plaque เหล่านี้โตขึ้นทะลุชั้นมิวโคซ่า ก็จะกลายเป็นแกนกลางของก้อนนิ่วได้

๘. เพศ เราพบว่า ผู้ชายเป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้บ่อยกว่าผู้หญิง เพราะผู้ชายมีโอกาสเกิดการอุดตันที่ส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะหรือที่หลอดปัสสาวะมากกว่าและทางเดินปัสสาวะช่วงล่างยาวกว่า

๙. อายุ ในเมืองเรา เด็กเป็นนิ้วในกระเพาะปัสสาวะมากกว่าในไตและผู้ใหญ่เป็นนิ้วในไตมากกว่าเด็ก

๑๐. orthophosphate deficiency จากการทดลองพบว่า เมื่อให้ผู้ป่วยรับประทาน orthophosphate จะทำให้ลดการขับถ่ายแคลเซียมในน้ำปัสสาวะ ลดการขับถ่ายกรดออกซาลิกและกรดยูริกในน้ำปัสสาวะ เพิ่มการขับถ่ายกรดซिटริกในน้ำปัสสาวะ เพิ่ม pH ของน้ำปัสสาวะ ฉะนั้นการที่ร่างกายขาดสาร orthophosphate จึงอาจทำให้เกิดนิ่วได้

อาการทางคลินิกของโรคนิ่วในไต

ก้อนนิ่วที่มีขนาดเล็กมาก ๆ อาจหลุดออกไปพร้อมกับการขับปัสสาวะโดยไม่ก่อให้เกิดอาการหรือความรู้สึกเจ็บปวดใดๆ อาการของนิ่วในไตอาจไม่ปรากฏให้เห็นจนกระทั่งก้อนนิ่วเริ่มเคลื่อนตัวรอบๆ ไตหรือไปยังท่อไต ซึ่งเป็นท่อเชื่อมต่อระหว่างไตและกระเพาะปัสสาวะ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีนิ่วในไตอาจมีอาการเหล่านี้ตามมา

- ๑) ปัสสาวะเป็นเลือด หรืออาจมีสีแดง ชมพู และน้ำตาล
- ๒) ปัสสาวะแล้วเจ็บ
- ๓) ปวดปัสสาวะบ่อย
- ๔) ปัสสาวะน้อย
- ๕) ปัสสาวะขุ่นหรือมีกลิ่นแรง
- ๖) คลื่นไส้ อาเจียน
- ๗) หนาวสั่น เป็นไข้

การวินิจฉัยโรคนิ่วในไต

การวินิจฉัยนิ่วในไตจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลประวัติด้านสุขภาพและผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วย เช่น

๑. การตรวจเลือด ผลการตรวจเลือดจะสามารถบ่งบอกถึงสุขภาพไตของผู้ป่วย และช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคต่างๆ ได้ รวมทั้งตรวจวัดระดับของสารที่อาจทำให้เกิดนิ่ว โดยผู้ป่วยที่มีนิ่วในไตอาจตรวจพบว่ามีปริมาณแคลเซียมหรือกรดยูริกในเลือดที่มากเกินไป

๒. การตรวจปัสสาวะ เพื่อดูว่าร่างกายมีการขับแร่ธาตุที่รวมตัวเป็นก้อนนิ่วมากเกินไป หรือมีสารป้องกันการเกิดนิ่วที่น้อยเกินไปหรือไม่ ตลอดจนตรวจหาภาวะติดเชื้อ สามารถทำได้โดยเก็บปัสสาวะของผู้ป่วยทั้งหมดในช่วง ๒๔ ชั่วโมง เช่น ถ้าเริ่มนับตั้งแต่ ๘.๐๐ นาฬิกา ในเวลานี้ผู้ป่วยต้องปัสสาวะทิ้งไปก่อน แล้วเก็บครั้งต่อๆ ไปทุกครั้งจนถึง ๘.๐๐ นาฬิกาของวันต่อไปจึงเก็บเป็นครั้งสุดท้าย

๓. การตรวจโดยดูจากภาพถ่ายไต วิธีนี้จะช่วยให้แพทย์สามารถมองเห็นก้อนนิ่วที่เกิดขึ้นตามทางเดินปัสสาวะ การถ่ายภาพไตมีหลากหลายวิธีให้เลือกใช้ เช่น การฉายรังสีเอกซ์เรย์ในช่องท้อง ซึ่งอาจทำให้มองไม่เห็นก้อนนิ่วในไตขนาดเล็กหรือนิวบางชนิด การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ นอกจาก ๒ วิธีนี้ แพทย์อาจพิจารณาใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ซึ่งอาจทำให้เห็นนิ่วก้อนเล็กๆ ได้

๔. การตรวจไตและทางเดินปัสสาวะโดยการฉีดสี (IVP) ทำได้ด้วยการฉีดสีเข้าไปที่เส้นเลือดใหญ่บริเวณแขน แล้วถ่ายภาพเอกซเรย์เพื่อให้เห็นสิ่งกีดขวางในขณะที่ไตกรองสีดังกล่าวออกจากเลือดแล้วขับถ่ายไปเป็นปัสสาวะ โดยให้ผู้ป่วยขับปัสสาวะผ่านเครื่องกรอง เพื่อดักจับนิ่วที่ออกมา และนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดก้อนนิ่ว วิธีนี้จะช่วยให้แพทย์วางแผนป้องกันการเกิดนิ่วที่อาจเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในไต

นิ่วในไตเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ โดยมีการรักษาหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิดของก้อนนิ่วและสาเหตุการเกิด

การรักษานิ่วในไตขนาดเล็ก

การรักษานิ่วขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน ๕ มิลลิเมตร อาจทำได้ง่ายๆ ด้วยการดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วย ขับก้อนนิ่วออกมาพร้อมปัสสาวะ และควรดื่มน้ำให้มากพอจนปัสสาวะเจือจางจนไม่มีสีเหลืองหรือสีน้ำตาล นิ่วอาจหลุดลงมาเป็นนิ่วในท่อไต อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยด้วยนิ่วชนิดนี้มีอาการ แพทย์อาจพิจารณาให้ผ่าตัด

เอาก้อนนิ่วออก การตรวจพบก้อนนิ่วเล็กๆ สามารถทำให้เกิดความเจ็บปวดได้เช่นกัน แม้จะไม่มากก็ตาม แพทย์อาจใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น ไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) หรือที่รู้จักในชื่อพาราเซตามอล และนาพรอกเซน (Naproxen) นอกจากนี้ การใช้ยาช่วยขับก้อนนิ่วก็เป็นอีกหนึ่งวิธีการรักษา แพทย์อาจสั่งจ่ายยากลุ่มแอลฟา-บล็อกเกอร์ (Alpha Blocker) ซึ่งเป็นยาช่วยขับก้อนนิ่วออกมาทางปัสสาวะ ออกฤทธิ์โดยการทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ทำให้ให้ก้อนนิ่วในไตถูกขับออกมาได้เร็วและเจ็บน้อยกว่าเพียงการดื่มน้ำช่วย

การรักษาในไตขนาดใหญ่

ก้อนนิ่วที่มีขนาดใหญ่กว่า ๕ มิลลิเมตรขึ้นไปสามารถทำให้มีเลือดออก เกิดแผลที่ท่อไตหรือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จนไม่สามารถหลุดมาเองได้ อาจต้องใช้การรักษาชนิดอื่นๆ ดังต่อไปนี้

๑) การใช้คลื่นเสียงแตกตัวก้อนนิ่ว เหมาะกับนิ่วที่มีขนาดไม่เกิน ๒ เซนติเมตร รักษาด้วยเครื่อง extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) โดยใช้แรงสั่นสะเทือนของคลื่นเสียงทำให้นิ่วแตกตัวเป็นชิ้นเล็กๆ จนสามารถผ่านออกทางการขับปัสสาวะได้ วิธีนี้ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บปวดระดับปานกลาง แพทย์จึงอาจใช้ยาระงับประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยสงบหรือทำให้สลบแบบตื่น กระบวนการรักษาใช้เวลาประมาณ ๔๕-๖๐ นาที และอาจส่งผลข้างเคียงให้ปัสสาวะเป็นเลือด มีแผลฟกช้ำด้านหลังช่องท้อง เลือดออกรอบบริเวณไตและอวัยวะรอบข้าง รวมถึงรู้สึกเจ็บเมื่อเสียวก้อนนิ่วเคลื่อนผ่านทางเดินปัสสาวะออกมา การรักษาโรคนี้วิธีนี้ระยะเวลาที่เร็วกว่าเศษนิ่วจะหลุดออกมาหมดนั้นไม่แน่นอน บางรายต้องสลายนิ่วซ้ำอีกหนึ่งหรือหลายครั้ง ไม่สามารถรับรองผลการรักษาได้ทุกราย โดยมีอัตราปลอดนิ่วที่ ๓ เดือนประมาณร้อยละ ๗๕

๒) การผ่าตัดก้อนนิ่วออก (percutaneous nephrolithotomy) เหมาะกับนิ่วที่มีขนาดไม่เกิน ๓ เซนติเมตร อาจใช้ตามหลังวิธีใช้คลื่นเสียงแตกตัวก้อนนิ่ว (ESWL) ไม่ได้ผล แพทย์อาจเลือกใช้การผ่าตัดนิ่วด้วยการใช้กล้องโทรทรรศน์ขนาดเล็กและเครื่องมือสอดเข้าไปบริเวณหลังของผู้ป่วย โดยพักพื้นที่โรงพยาบาลเป็นเวลา ๑-๒ วัน และมีประสิทธิภาพถึง ๗๒-๙๙ เปอร์เซ็นต์

๓) การส่องกล้อง สำหรับก้อนนิ่วที่มีขนาดไม่เกิน ๓ เซนติเมตร แพทย์อาจใช้กล้อง ureteroscope เพื่อฉายลำแสงแคบผ่านหลอดปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ แล้วใช้เครื่องมือชนิดพิเศษจับหรือทำให้ก้อนนิ่วแตกตัวเป็นชิ้นเล็กจนสามารถถูกขับออกมาทางเดินปัสสาวะได้ เพื่อลดอาการบวมหลังผ่าตัดและช่วยให้หายเร็วขึ้น จึงอาจมีการใช้ท่อเล็กๆ ยึดไว้ที่หลอดปัสสาวะด้วย การส่องกล้องนี้พบว่ารักษาได้ผลถึง ๙๔ เปอร์เซ็นต์ หากเป็นนิ่วเขากวางมีกึ่งก้านมากกว่า ๒ กิ่ง หรือนิ่วที่มีขนาดใหญ่กว่า ๓ เซนติเมตร แพทย์มักพิจารณาเป็นการผ่าตัดเปิดตามความเหมาะสม

๔) การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ โรคต่อมไทรอยด์ทำงานสูง เกิดการผลิตฮอร์โมนพาราไทรอยด์ขึ้นมากเกินไป และเป็นสาเหตุให้เกิดก้อนนิ่วจากแคลเซียมฟอสเฟตได้ง่าย การทำงานที่ผิดปกตินี้หากมีสาเหตุมาจากเนื้องอกที่เติบโตบนต่อมไทรอยด์ การผ่าตัดเอาเนื้องอกดังกล่าวออกจะเป็นช่วยลดการเกิดนิ่วในไตได้ด้วย

การผ่าตัดรักษาในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูฉีดยา (PCNL)

การผ่าตัด PCNL เป็นการผ่าตัดโดยการเจาะเข้าไปที่ไตผ่านรูฉีดยาบริเวณเอวขยายแผลใช้กล้องส่องแล้วคืบนิ่วออกมา ซึ่งจะมีความแตกต่างจากการผ่าตัดโดยผ่าฉีดยาบริเวณเอวเข้าไปที่ไต (nephron lithotomy) ซึ่งแพทย์ได้ใช้รักษาผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน

๑. แผลผ่าตัด PCNL มีขนาดเล็กประมาณ ๑ เซนติเมตร ในขณะที่แผลผ่าตัด nephron lithotomy มีขนาดแผลถึง ๑๐-๑๕ เซนติเมตร

๒. PCNL ใช้วิธีการเจาะด้วยเข็มที่มีขนาดเล็กและมีความคม สามารถเจาะทะลุผ่านชั้นกล้ามเนื้อเข้าไปทำให้ชั้นกล้ามเนื้อไม่ถูกตัดออกจากกันทำให้มีการเสียเลือดและการทำลายเนื้อเยื่อจากการลงแผลผ่าตัดน้อยกว่า ทำให้การเติมเลือดระหว่างหรือหลังผ่าตัดน้อยกว่าโอกาสเสี่ยงที่เชื้อแบคทีเรียจะเข้าสู่ร่างกายทางแผลผ่าตัดมีได้น้อย ความเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัดจึงน้อยกว่า ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้เร็ว ระยะเวลา

ในการพักรักษาในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดสิ้น สามารถกลับไปทำงานมีชีวิตปกติได้เร็ว การสูญเสียทางเศรษฐกิจน้อยกว่า เมื่อแผลหายมีรอยเพียงเล็กน้อย มีผลต่อการทำงานของไตน้อยกว่า

๓. เป็นทางเลือกหนึ่งในการทำผ่าตัดเพื่อหลีกเลี่ยงบางภาวะที่การผ่าตัดที่เสี่ยงมากกว่าปกติ เช่น กรณีที่เคยผ่าตัดมาแล้ว หรือโอกาสที่จะต้องตัดไตทิ้งด้วย

๔. สามารถทำผ่าตัดได้โดยใช้วิธีการ general anesthesia, regional anesthesia หรือ intravenous assisted local anesthesia ได้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการช้ำสาบทั่วร่างกายในการผ่าตัด

๕. ลดอัตราการตายและอัตราความเจ็บปวด กรณีที่นี้วมีขนาดเล็ก การผ่าตัดแบบ PCNL จะได้ผลดีกว่าการเปิดผ่าตัดใหญ่

๖. สามารถมองเห็นกรวยไตชัดเจน เหมือนกับการผ่าตัดใหญ่โดยเฉพาะเมื่ออาศัยกล้องแบบ flexible scope ช่วยในการผ่าตัด ถ้าทำการผ่าตัดแบบ PCNL ไม่สำเร็จก็ยังสามารถเปลี่ยนเป็นวิธีเปิดผ่าตัด nephron lithotomy ได้

ข้อจำกัดของการผ่าตัด PCNL (Wickham, Miller, ๑๙๘๓)

๑. ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ รวมถึง fluoroscope, endoscope และ ultrasonic lithotripsy ซึ่งเป็นการลงทุนที่แพง
๒. ใช้เวลาในการฝึกฝนของศัลยแพทย์ใช้ในการเรียนรู้จนมีความชำนาญ เนื่องจากต้องฝึกฝนในการควบคุมเครื่องมือในมือทั้ง ๒ ข้าง ให้สัมพันธ์กับสายตาที่ต้องมองจอภาพ (hand-eyes coordination)
๓. ต้องอาศัยทำงานร่วมกันเป็นทีม และต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญโดยเฉพาะ
๔. ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดสูงกว่า เนื่องจากเครื่องมือและอุปกรณ์มีราคาแพง
๕. หลังผ่าตัดจำเป็นต้องมีท่อระบายจากไตคือ สาย nephrostomy tube ๑-๒ วัน

ข้อบ่งชี้ของการทำผ่าตัด PCNL

๑. นิ่วขนาดใหญ่ ๓ เซนติเมตร (renal stone size > ๓ cm.)
๒. นิ่วเขากวาง (staghorn calculi)
๓. นิ่วที่มีหลายเม็ด (multiple stone)
๔. นิ่วร่วมกับภาวะอุดตันของกรวยไต (ureteropelvic junction obstruction)
๕. นิ่วเกือกม้า (orseshoes stone) ที่รักษาด้วยการสลายนิ่วไม่ได้ผล นิ่วที่แข็งมาก (solitary stone)

ข้อห้ามในการทำผ่าตัด PCNL

๑. ความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด (uncontrolled bleeding disorder)
๒. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection)
๓. ผู้ป่วยอ้วนมาก (morbid obesity)
๔. ผู้ป่วยตั้งครรภ์ (pregnancy)
๕. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง (hypertension)
๖. ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพอื่นๆ ของไตร่วมด้วย เช่น วัณโรคไต มะเร็ง หรือเนื้องอก

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

โรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะเป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย เกิดขึ้นได้ในทุกวัยโดยเฉพาะในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การรักษามีจุดมุ่งหมายสำคัญ ๒ ประการ คือ เพื่อเอานิ่วออกและป้องกันไม่ให้เกิดนิ่วขึ้นมาใหม่ เพื่อรักษาไตให้ทำงานได้ปกติที่สุด ปัจจุบันการรักษาโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะมีความก้าวหน้าไปมากในโรงพยาบาลขอนแก่นสามารถผ่าตัดหรือส่องกล้องเอานิ่วออก และสามารถวิเคราะห์องค์ประกอบของนิ่วได้ว่าเป็นนิ่วชนิดใด ทำให้การวางแผนการป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำในผู้ป่วยนิ่วชนิดต่างๆเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคนิ่วไตสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณร้อยละ ๑๐-๑๖ (ชาญชัย บุญหล้า และคณะ, ๒๕๕๐; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข, ๒๕๕๕) โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งในพื้นที่รับผิดชอบและโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง สถิติในการผ่าตัดย้อนหลังในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒๑๖ ราย (๑/๐๑/๒๕๖๒-๓๑/๑๒/๒๕๖๒) ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๙๓ ราย (๑/๐๑/๒๕๖๓-๓๑/๑๒/๒๕๖๓) ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๕๗ ราย (๑/๐๑/๒๕๖๔-๓๑/๑๒/๒๕๖๔) ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๘๗ ราย (๑/๐๑/๒๕๖๕-๓๑/๑๒/๒๕๖๕) ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๑๔ ราย (๑/๐๑/๒๕๖๖-๓๐/๐๖/๒๕๖๖): ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลขอนแก่น (วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

ปัจจุบันมีการพัฒนาการดำเนินงานด้านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) เป็นตัวอย่างหนึ่งของการยกระดับมาตรฐานควบคู่ไปกับการลดค่าใช้จ่ายทั้งในแง่ของผู้ให้บริการ (ลดความแออัดและสามารถกลับบ้านได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง) และผู้รับบริการ (ลดค่าใช้จ่ายของญาติในการอยู่เฝ้าและการเดินทาง) ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน กรมการแพทย์ได้รับความร่วมมือจากหลายๆ หน่วยงานในการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบนับว่าเป็นนโยบายที่สำคัญยิ่ง ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาระบบบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ ระยะเวลารอคอย ความแออัด ลดค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้รับบริการ นอกจากนี้ กรมการแพทย์ยังเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมาก มีการร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญจากหลายภาคส่วนในการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับระบบโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่มีประโยชน์ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์ ด้านของระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและระดับประเทศนั้น ประเด็นการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ได้อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ การบริการโดยนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพการรักษา และคุณภาพชีวิตของประชาชน สะท้อนถึงความตระหนักในปัญหา ความต้องการการพัฒนาและการให้ความสำคัญในการดำเนินงานการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) นับว่าเป็นการผ่าตัดที่มีความสำคัญ เนื่องจากต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางร่วมกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการผ่าตัด มีการทำลายเนื้อเยื่อระหว่างทำการผ่าตัดน้อย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีขนาดของแผลที่เล็ก ส่งผลให้ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นลง สิ่งต่างๆ เหล่านี้นอกจาก ทำให้ค่าใช้จ่ายของระบบบริการและของผู้ป่วยลดลงแล้ว ยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดดีขึ้นอีกด้วย การผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การให้การพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ความเชี่ยวชาญสูง จากการศึกษาเบื้องต้นผู้ศึกษาได้เล็งเห็นว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในไตที่ได้รับการผ่าตัดโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบทางเดินปัสสาวะ โรคนิ่วไต สาเหตุการเกิดโรคนิ่วไต วิธีการรักษาโรคนิ่วไต และที่สำคัญคือการพยาบาลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จึงได้จัดทำแนวทางการพัฒนาความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนออกจากโรงพยาบาล สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๑) คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล ๑ ราย
- ๒) รวบรวมเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

- ๓) ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
- ๔) ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง และแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูล
- ๕) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจให้เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละราย
- ๖) ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
- ๗) สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ
- ๘) นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชา
- ๙) ปรับปรุงแก้ไขผลงานตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล
- ๑๐) เผยแพร่ผลงานแก่หน่วยงานต่างๆ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

มีผลงานวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและพัฒนาความรู้ทักษะ ให้กับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานห้องผ่าตัด

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๑ ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย HN: ๖๕๐๒๖๓๘๗ AN: ๖๕๕๐๓๐๐ ๔ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะเป็นเลือดปวดเอวข้างซ้าย มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล น้ำปอง ผล X-ray พบว่าเป็นนิ่วจึงมารักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในไตข้างซ้าย และมีไตบวม (left renal calculi with hydronephrosis) มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง รับประทานยาตามแพทย์สั่ง วันนี้แพทย์นัดมาผ่าตัด

แรกรับ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๕.๐๐ น. ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดี น้ำหนัก ๖๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๘ เซนติเมตร วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๗ mmHg ชีพจร ๙๘ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๓ องศาเซลเซียส วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๕ (เวลา ๑๘.๐๐ น.) มีปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง DTX = ๓๑๑ mg% ดูแลให้ได้รับ RI ๔ unit Sc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เจาะน้ำตาลในเลือดทุก ๖ ชั่วโมง (เวลา ๒๔.๐๐ น.) DTX = ๑๗๗ mg% ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในไตข้างซ้ายและมีไตบวม (left renal calculi with hydronephrosis) แพทย์พิจารณาทำผ่าตัด แพทย์พิจารณาทำผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง (percutaneous nephrolithotomy): PCNL (๘ สิงหาคม ๒๕๖๕) การพยาบาลขณะผ่าตัดโดยใช้หลัก sterile technique และ universal precaution เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือพร้อม ตลอดจนใหม่เย็บต่างๆ ช่วยแพทย์ทำผ่าตัดตามลำดับวิธีอย่างถูกต้องและแม่นยำ อำนวยความสะดวกเพื่อให้การผ่าตัดเสร็จสิ้นโดยรวดเร็วที่สุด เพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัด ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที blood loss ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ๒๐๐ ml ตรวจนับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ผ้าซับโลหิต ก่อนเริ่มเย็บปิดแผลผ่าตัดโดยให้ครบตามจำนวน ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ลงบันทึกในกระดานและใบ operative record นำส่งผู้ป่วยและรายงานข้อมูลเกี่ยวกับ ผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัดให้พยาบาลห้องพักรักษา ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักรักษาเวลา ๑๕.๕๐ น. วัดสัญญาณชีพ BP= ๑๑๐/๖๐ mmHg HR= ๘๓ ครั้ง/นาที RR=๒๐ ครั้ง/นาที ย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักรักษาเวลา ๑๖.๕๐ น. วัดสัญญาณชีพ BP= ๑๒๔/๗๘ mmHg HR= ๘๗ ครั้ง/นาที RR=๒๐ ครั้ง/นาที รายงานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัดและขณะอยู่ห้องพักรักษาให้พยาบาลที่ติดคัดลยกรรระบบทางเดินปัสสาวะรับทราบได้แก่ โรคและชนิดของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด การรักษาพยาบาลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ก่อนที่จะย้ายผู้ป่วยไปที่ติดคัดลยกรรระบบทางเดินปัสสาวะ

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ๑ วัน ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ BT=๓๕.๙ องศา BP= ๑๑๕/๖๓ mmHg HR= ๖๑ ครั้ง/นาที RR=๒๐ ครั้ง/นาที ไม่มีอาการปวดแผล แผลผ่าตัดไม่ซึมนephrostomy tube urine ออก ๒๐๐ ml สีแดงจาง ไม่มี bleeding ดูแลให้ได้รับยา antibiotic เป็น Ceftriaxone ๒ gm vein ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา ๒๐.๐๐ น. มีปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง DTX = ๒๐๗ mg% ดูแลให้ได้รับ RI < unit Sc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เจาะน้ำตาลในเลือดทุก ๖ ชั่วโมง ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเรื่องเบาหวาน ดูแลให้ได้รับอาหารเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ๒ วัน ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ BT=๓๗.๙ องศาBP= ๑๑๐/๖๗ mmHg HR= ๖๘ ครั้ง/นาที RR=๒๐ ครั้ง/นาที ดูแลให้ได้รับยา paracetamol ๕๐๐ mg ๑ tab oral แนะนำเช็ดตัวลดไข้ ดื่มน้ำมากๆ on nephrostomy tube urine ออก ๔๑๐ ml สีแดงจาง แผลผ่าตัดไม่ซึมน ดูแลให้ได้รับยา antibiotic Ceftriaxone ๒ gm vein ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา ๑๕.๐๐ น. มีปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง DTX = ๒๓๘ mg% ดูแลให้ได้รับ RI < unit Sc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เจาะน้ำตาลในเลือดทุก ๖ ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับอาหารเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ๓ วัน ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ BT=๓๖.๘ องศา BP= ๑๑๘/๘๗ mmHg HR=๗๙ ครั้ง/นาที RR=๒๐ ครั้ง/นาที ปวดแผล pain score ๕ คะแนน ดูแลให้ยา paracetamol ๕๐๐ mg ๒ tab oral สีหน้าสดชื่นขึ้น ปวดแผลลดลง pain score ๒ คะแนน on nephrostomy tube urine ออก ๖๐๐ ml สีแดงจาง ดูแล irrigate NT ตามแผนการรักษาของแพทย์ แผล drain ซึมนดูแล dressing แผลเฝ้ารอการติดเชือกที่แผลผ่าตัด ดูแลให้ได้รับยา antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา ๑๕.๐๐ น. มีปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง DTX = ๒๑๑ mg% ดูแลให้ได้รับ RI < unit Sc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เจาะน้ำตาลในเลือดทุก ๖ ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับอาหารเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ๔ วัน ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ BT=๓๗.๘ องศา ดูแลให้ได้รับยา paracetamol ๕๐๐ mg ๑ tab oral แนะนำเช็ดตัวลดไข้ ดื่มน้ำมากๆ on nephrostomy tube urine ออก ๑,๑๐๐ ml สีแดงจาง ดูแลให้ดื่มน้ำ ๒ ลิตร/วัน BP ๑๑๐/๗๔ mmHg HR= ๗๐ ครั้ง/นาที RR= ๒๐ ครั้ง/นาที ไม่ปวดแผล แผลผ่าตัดไม่ซึมน ดูแลให้ได้รับยา antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา ๑๕.๐๐ น. มีปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง DTX = ๒๐๔ mg% ดูแลให้ได้รับ RI < unit Sc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เจาะน้ำตาลในเลือดทุก ๖ ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับอาหารเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ๕ วัน ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ BT= ๓๖.๖ องศา BP= ๑๒๓/๖๘ mmHg HR= ๖๔ ครั้ง/นาที RR=๒๐ ครั้ง/นาที nephrostomy tube urine ออก ๑,๒๕๐ ml สีแดงจาง ไม่ปวดแผล แผลผ่าตัดไม่ซึมน ดูแลให้ได้รับยา antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา ๑๕.๐๐ น. มีปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง DTX = ๒๒๙ mg% ดูแลให้ได้รับ RI < unit Sc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เจาะน้ำตาลในเลือดทุก ๖ ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับอาหารเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ๖ วัน ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ BT= ๓๗.๘ องศา ดูแลให้ได้รับยา paracetamol ๕๐๐ mg ๑ tab oral แนะนำเช็ดตัวลดไข้ ดื่มน้ำมากๆ on nephrostomy tube urine ออก ๒๕๐ ml สีแดงจาง BP= ๑๒๓/๖๘ mmHg HR= ๖๔ ครั้ง/นาที RR=๒๐ ครั้ง/นาที ไม่ปวดแผล แผลผ่าตัดไม่ซึมน ดูแลให้ได้รับยา antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์ ปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง เวลา ๐๖.๕๐ น. DTX = ๒๔๑ mg%, เวลา ๑๕.๐๐ น. DTX = ๒๕๔ mg% ดูแลให้ได้รับ RI < unit Sc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เจาะน้ำตาลในเลือดทุก ๖ ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับอาหารเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ๗ วัน ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ BT= ๓๖.๘ องศา BP= ๑๒๑/๗๘ mmHg HR= ๗๒ ครั้ง/นาที RR=๒๐ ครั้ง/นาที off สาย nephrostomy tube ให้ผู้ป่วยนอนทับแผล ๒ ชั่วโมง observe urine ต่อ urine ออกดี ๗๕๐ ml ยังมีสีแดงจาง ไม่ปวดแผล แผลผ่าตัดไม่ซึมน้ำ ดูแลให้ได้รับยา antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา ๐๖.๐๐ น. ปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง DTX = ๒๘๕ mg% ดูแลให้ได้รับ RI ๖ unit Sc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เจาะน้ำตาลในเลือดทุก ๖ ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับอาหารเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ๘ วัน ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ BT= ๓๖.๑ องศา BP= ๑๒๔/๗๘ mmHg HR= ๖๘ ครั้ง/นาที RR=๒๐ ครั้ง/นาที off foley's catheter urine ออกดีไม่แสบขัด ยังมีสีแดงจางๆ ไม่ปวดแผล แผลผ่าตัดไม่ซึมน้ำ แพทย์จำหน่ายวันนี้ นัศ ๑ เดือน ที่ห้องส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ (๒๐ กันยายน ๒๕๖๕) รวมระยะเวลาอยู่รักษาที่โรงพยาบาล ๑๐ วัน วัดสัญญาณชีพก่อนจำหน่าย BT=๓๕.๙ องศา BP= ๑๑๕/๖๓ mmHg HR= ๖๑ ครั้ง/นาที RR=๒๐ ครั้ง/นาที ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อย ๓-๔ ลิตร/วัน ระวังไม่ให้แผลเปื่อยขึ้น ไม่แกะเกาบริเวณแผลเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อหรือเป็นหนอง แผลมีน้ำเหลืองซึม มีไข้ ปวดท้อง ปัสสาวะน้อยลงหรือปัสสาวะไม่ออก ให้รีบกลับมาพบแพทย์ทันที

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เป็นกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาข้อมูลกรณีศึกษา สามารถสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังต่อไปนี้

๑. แผนการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (pre-visit)

- ๑.๑ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด
- ๑.๒ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ
- ๑.๓ เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง
- ๑.๔ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง

๒. แผนการพยาบาลระยะขณะผ่าตัด (perioperative)

- ๒.๑ เสี่ยงต่อภาวะ การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิด operation
- ๒.๒ มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างการผ่าตัดและดมยาสลบเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจเลือนหลุด
- ๒.๓ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนต่างๆขณะผ่าตัด
- ๒.๔ เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ
- ๒.๕ เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
- ๒.๖ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการจัดทำขณะผ่าตัด

๓. แผนการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (post visit)

- ๓.๑ เสี่ยงต่ออันตรายจากทางเดินหายใจอุดตัน
- ๓.๒ เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
- ๓.๓ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง
- ๓.๔ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
- ๓.๕ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้
- ๓.๖ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในไตข้างซ้าย มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง จำนวน ๑ ราย

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ใช้เป็นแนวทางสำหรับการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัด

๖.๒ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๖.๓ ใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๖.๔ ใช้เป็นเอกสารในการศึกษาค้นคว้าของบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจทั่วไป

๖.๕ ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญ เนื่องจากการผ่าตัดส่องกล้องเป็นการผ่าตัดเฉพาะทางที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่มีราคาแพง อุปกรณ์สำหรับการทำผ่าตัดส่องกล้องซึ่งได้แก่ กล้อง nephroscope, monitor รับสัญญาณภาพ, camera, light source, เครื่องกรอנית, เครื่องอุลตราซาวด์, mental dilate, fascia dilate, Amplatz sheath, stone forceps, หม้อน้ำ URO และสายน้ำ URO การใช้อุปกรณ์ในการกรอנית (ultrasonic shock pulse) ซึ่งส่วนประกอบมีทั้งหมด ๔ ส่วน ต้องนำมาประกอบเป็นชิ้นส่วนเดียวกัน โดยเลือกใช้ probe ๓.๔ mm หรือ ๓.๗ mm หมุนเข้ากับ hand piece จากนั้นใช้ประแจหมุนให้แน่นพอดีมือ ห้ามหมุนแน่นจนเกินไปเพราะจะทำให้ถอดไม่ออก การใช้ตัว dilate จะต้องเรียงเบอร์ให้ถูกต้อง ห้ามข้ามเบอร์เด็ดขาด เพราะจะทำให้แตกหักได้ การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง หากไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ หรือคู่มือการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัด อาจทำให้เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับการผ่าตัดไม่ครบ ส่งผลให้การผ่าตัดไม่ราบรื่น เกิดการรอกอยเครื่องมือขณะผ่าตัด พยาบาลขาดความมั่นใจในการส่งเครื่องมือผ่าตัด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังมีพยาธิสภาพของโรคและปัญหาที่แตกต่างกัน จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีก้อนนิ่วอุดตัน (impact left renal pelvis stone) ขนาดประมาณ ๓ เซนติเมตร ขณะผ่าตัดมีการบาดเจ็บของ left renal pelvis ให้การพยาบาลขณะผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ สูญเสียเลือดตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ๒๐๐ ml ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้องทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

๘.๒ ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือ โรคเบาหวาน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง การควบคุมระดับน้ำตาลค่อนข้างยาก ต้องเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก ๖ ชั่วโมง และมีการปรับการให้ยาตามผลระดับน้ำตาลในเลือด

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๙.๒ พัฒนาความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๙.๓ จัดทำแผ่นพับเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ประชุมวิชาการในหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาววารภรณ์ พิศพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สัดส่วนของผลงานร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วารภรณ์ พิศพันธ์

(นางสาววารภรณ์ พิศพันธ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ๒๘ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววารภรณ์ พิศพันธ์	วารภรณ์ พิศพันธ์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (นางพนรัศ จอมเพชร)

(ตำแหน่ง) วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 11 / มกราคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) (นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) 9 / ก.พ. / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๒. หลักการและเหตุผล

นิ้วในโตเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย และเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อที่ไต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้เกิดไตวายหรือไตพิการได้ และการที่ผู้ป่วยเหลือไตเพียงข้างเดียว จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นนิ้วซ้ำและรักษาไตอีกข้างหนึ่งไว้ สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้สูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณร้อยละ ๑๐-๑๖ (ชาญชัย บุญหล้า และคณะ, ๒๕๕๐; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๕) การรักษาโรคนี้ด้วยวิธีที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญ ๒ ประการ คือ เพื่อเอาเนื้อมากและป้องกันไม่ให้เกิดนิ้วขึ้นมาใหม่ เพื่อรักษาไตให้ทำงานได้ปกติที่สุด ปัจจุบันการรักษาโรคนี้ด้วยวิธีที่มีความก้าวหน้าไปมากในโรงพยาบาลขอนแก่นสามารถผ่าตัดหรือส่องกล้องเอาเนื้อมาก ซึ่งปัจจุบันการพัฒนาการดำเนินงานด้านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) เป็นตัวอย่างหนึ่งของการยกระดับมาตรฐานควบคุมค่าใช้จ่ายทั้งในแง่ของผู้ให้บริการ (ลดความแออัด และสามารถกลับบ้านได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง) และผู้รับบริการ (ลดค่าใช้จ่ายของญาติในการอยู่เฝ้าและการเดินทาง) ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน กรมการแพทย์ได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ ที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบนับว่าเป็นนโยบายที่สำคัญยิ่ง ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาระบบบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ ระยะเวลารอคอย ความแออัด ลดค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้รับบริการ นอกจากนี้ กรมการแพทย์ยังเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมาก มีการร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญจากหลายภาคส่วนในการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับระบบโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่มีประโยชน์ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์ ด้านของระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและระดับประเทศนั้น ประเด็นการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ได้อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ การบริการโดยนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพการรักษา และคุณภาพชีวิตของประชาชน สะท้อนถึงความตระหนักในปัญหา ความต้องการการพัฒนาและการให้ความสำคัญในการดำเนินงานการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) นับว่าเป็นการผ่าตัดที่มีความสำคัญ เนื่องจากต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางร่วมกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการผ่าตัด มีการทำลายเนื้อเยื่อระหว่างทำการผ่าตัดน้อย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีขนาดของแผลที่เล็ก ส่งผลให้ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นลง สิ่งต่างๆ เหล่านี้นอกจาก ทำให้ค่าใช้จ่ายของระบบบริการและของผู้ป่วยลดลงแล้ว ยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดดีขึ้นอีกด้วย

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งในพื้นที่รับผิดชอบและโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง สถิติในการผ่าตัดย้อนหลังในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒๑๖ ราย (๑/๐๑/๒๕๖๒-๓๑/๑๒/๒๕๖๒) ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๙๓ ราย (๑/๐๑/๒๕๖๓-๓๑/๑๒/๒๕๖๓) ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๕๗ ราย (๑/๐๑/๒๕๖๔-๓๑/๑๒/๒๕๖๔) ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๘๗ ราย (๑/๐๑/๒๕๖๕-๓๑/๑๒/๒๕๖๕) ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๑๔ ราย (๑/๐๑/๒๕๖๖-๓๐/๐๖/๒๕๖๖): ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลขอนแก่น (วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

การผ่าตัดนิ้วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การให้การพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ความเชี่ยวชาญสูงตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความพร้อมของเอกสารการเซ็นยินยอมทำผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดผ่านกล้อง การพยาบาลในขณะผ่าตัด มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามหลัก sterile technique มีความแม่นยำและรวดเร็วเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เสร็จผ่าตัดตรวจสอบความเรียบร้อย และนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ อย่างปลอดภัย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

การผ่าตัดนิ้วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การให้การพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ความเชี่ยวชาญสูงตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความพร้อมของเอกสารการเซ็นยินยอมทำผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัด การพยาบาลในขณะผ่าตัด มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามหลัก sterile technique มีความแม่นยำและรวดเร็วเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เสร็จผ่าตัดตรวจสอบความเรียบร้อย และนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ อย่างปลอดภัย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปัญหาที่พบได้แก่

- ๑) บุคลากรในทีมผ่าตัดต้องมีความชำนาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ซึ่งปัจจุบันบุคลากรที่หมุนเวียนเข้าไปเรียนรู้งานเมื่อครบ ๓ เดือนก็ต้องหมุนเวียนไปเรียนรู้งานในสาขาอื่นต่อไป และอาจเรียนรู้งานได้ไม่ครอบคลุมถึงการผ่าตัด อาจส่งผลให้การส่งเครื่องมือผ่าตัดมีข้อผิดพลาด เกิดความล่าช้าหรืออาจมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น การเรียนการสอนวิชาการด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ควรจัดให้มีเป็นประจำและเพิ่มเนื้อหาเรื่องนี้ในบทเรียน เปิดโอกาสให้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการส่งเครื่องมือผ่าตัด ภายใต้การดูแลจากทีมพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด
- ๒) การผ่าตัดนิ้วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด ๑-๒ ชั่วโมง และมีโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินขณะทำผ่าตัด เช่น bleeding ต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิด พยาบาลจะต้องมีความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตแบบเปิดด้วย เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเช่นนี้ พยาบาลต้องความรู้เรื่องการบริหารจัดการในทีมผ่าตัด ต้องเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัดแบบเปิด ถ้าพยาบาลขาดความรู้ในเรื่องนี้จะทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งเครื่องมือผ่าตัด การผ่าตัดล่าช้าต้องรอเครื่องมือผ่าตัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย การผ่าตัดนิ้วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ต้องใช้บุคลากรเป็นจำนวนมาก เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี พยาบาลประจำตีผู้ป่วย ซึ่งจะต้องมีการประสานงานเป็นอย่างดีเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม
- ๓) การผ่าตัดมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษ ซึ่งมีหลายขนาดและมีอุปกรณ์ต่างๆที่นำมาประกอบเข้าด้วยกันเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความสับสนในการใช้งาน ทั้งเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดส่องกล้อง ซึ่งเป็นอุปกรณ์พิเศษที่มีราคาแพง ผู้ใช้งานจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ เพื่อป้องกันการใช้งานแบบผิดวิธีทำให้อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆเกิดการชำรุดเสียหาย การให้ความรู้จึง

เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเครื่องมือและอุปกรณ์มีคุณสมบัติและการใช้งานแต่ละตำแหน่งแตกต่างกัน รวมถึงการดูแลอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆหลังใช้งานเสร็จ การบำรุงรักษาเครื่องมือ เพื่อให้ใช้งานได้นานและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้มีราคาแพง รวมไปถึงการเก็บอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ หลังใช้งานเสร็จให้ถูกต้องเพื่อให้ง่ายและสะดวกในการใช้งานครั้งต่อไป

- ๔) การผ่าตัดนิวไนต์โดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เป็นการผ่าตัดใหญ่ ยุ่งยากซับซ้อน และมีความเสี่ยงสูง การให้ความรู้และคำแนะนำ ก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ เช่น ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ขั้นตอนเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด แหล่งประโยชน์ทางสังคมและเศรษฐกิจเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและมีความพร้อมที่จะรับการผ่าตัด สามารถยอมรับสภาพหลังการผ่าตัดได้

๓.๒ แนวทางแก้ไข

- ๑) บุคลากรที่ร่วมทีมผ่าตัดให้การดูแลทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน มีการวางแผนการพยาบาล การติดตามประเมินผล กำหนดแนวทางประสานงานกับแพทย์และทีมงานที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรควรปฏิบัติตามข้อตกลงอย่างเคร่งครัด เช่น การเสนอแนะเรื่องการ set case ผ่าตัด หากแพทย์สามารถลงทำ operation ในการผ่าตัดว่าต้องการใช้เครื่องมือพิเศษอะไร ก็จะเป็นการดีต่อการจัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการผ่าตัด
- ๒) ส่งเสริมให้มีการทบทวนการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างสม่ำเสมอในแต่ละราย เพื่อสรุปและค้นหาปัญหาแนวทางในการพัฒนาการให้บริการในรายต่อไป
- ๓) การพัฒนาคุณภาพบริการ การพัฒนางานและพัฒนาบุคลากรในที่งานต้องปฏิบัติต่อเนื่องอยู่เสมอ ส่งอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดหลักสูตร ๔ เดือน ปีละ ๑-๒ คน
- ๔) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดต้องมีความรู้ทั้งเรื่องทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลส่งเครื่องมือต้องมีทั้งความรู้เรื่องทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิวไนต์ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ภายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดโรคนิวไนต์ สาเหตุการเกิดโรค การรักษา และต้องมีศิลปะในการส่งเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้องและถูกใจแพทย์ผ่าตัด มีความสามารถและทักษะในการตัดสินใจให้การพยาบาล มีการวางแผนการพยาบาลและมีการประเมินอาการของผู้ป่วยทุกระยะสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องในภาวะวิกฤติ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องและครอบคลุม ช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการผ่าตัด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
- ๕) มีการใส่เนื้อหาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวไนต์โดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ในหลักสูตร nurse residency training เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด ให้มีความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวไนต์โดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวไนต์โดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง
- ๖) การให้การบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
- ๗) การให้ข้อมูลและการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการและญาติเป็นสิ่งสำคัญควรมีการคัดกรองและถ่ายทอดให้ตรงกันเพื่อช่วยลดปัญหาและความขัดแย้งที่อาจตามมาในภายหลัง ซึ่งต้องทำอย่างจริงจัง ดังปัญหาที่พบบ่อยๆ คือญาติตามหาผู้ป่วยที่มาผ่าตัด แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ประจำในการแจ้งว่าขณะนี้คนไข้อยู่ที่จุดใด จึงเสนอให้มีบอร์ดที่เป็นดิจิทัลที่สามารถแจ้งได้ว่าขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ที่จุดใด โดยให้ผู้ป่วยยินยอมเพราะผู้ป่วยบางรายอาจต้องปกปิดความลับเรื่องการมาผ่าตัด

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๒ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๓ พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการนำความรู้ ประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๔.๓ มีแนวทางในการพัฒนาบุคลากร

๔.๔ พยาบาลห้องผ่าตัดมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน

๔.๕ ผู้รับบริการปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความประทับใจในการบริการงานห้องผ่าตัด

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ พยาบาลวิชาชีพสาขาศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ มีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ ๘๐

๕.๒ อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายในและภายนอก > ๙๐

๕.๓ จำนวนข้อร้องเรียนผู้ให้บริการ = ๐

๕.๔ จำนวนครั้งของการงดทำผ่าตัดเนื่องจากเครื่องมือไม่พร้อม = ๐

(ลงชื่อ) วุฒกรส พิศพันธ์

(นางสาววราภรณ์ พิศพันธ์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ๒๘ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง กรณีศึกษา”

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ เมษายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่ต้องการการรักษาทางศัลยกรรมเร่งด่วนที่พบได้บ่อยที่สุดทั้งในผู้ป่วยวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ประมาณ ๗% ของประชากร จะเกิดไส้ติ่งอักเสบได้ในทุกช่วงชีวิต ช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุดคือช่วงอายุ ๑๐ - ๒๐ ปี แม้ว่าจะพบบ่อย แต่ยังมีปัญหาในการวินิจฉัยให้ถูกต้องแม่นยำ ในผู้ป่วยบางราย ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้นี้แต่เมื่อผ่าตัดเข้าไปแล้วพบว่าไส้ติ่งไม่มีการอักเสบ ผู้ป่วยบางรายแม้จะเข้าพบแพทย์แต่ก็ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่นจนกระทั่งไส้ติ่งแตกแล้วจึงได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง

สาเหตุการเกิดโรคไส้ติ่งอักเสบ จากหลักฐานในปัจจุบันเชื่อกันว่าโรคไส้ติ่งอักเสบเป็นผลจากการอุดตันของไส้ติ่ง เมื่อเกิดการอุดตันแล้ว จะมีการคั่งของมูกและบวมขึ้น มีความดันภายในส่วนที่อุดตันและตัวของผนังไส้ติ่งให้สูงขึ้น เกิดลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดขนาดเล็ก ขัดขวางการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง ทำให้ไส้ติ่งขาดเลือดและตายเฉพาะส่วน แบคทีเรียที่มีอยู่ในลำไส้จะผ่านผนังไส้ติ่งที่ตายและออกมา เกิดหนองบริเวณรอบๆ ไส้ติ่งจนสุดท้าย ไส้ติ่งที่อักเสบมากขึ้นจะแตกออกทำให้เกิดเยื่อผนังช่องท้องอักเสบซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นพิษและเสียชีวิตได้ ผลจากการมีไส้ติ่งอักเสบทำให้ผนังช่องท้องอ่อนไหวต่อการสัมผัสเบาๆ หากมีอาการมากขึ้นจะกดเจ็บที่ท้องหรือหากมีการอักเสบของเยื่อช่องท้องมากอาจมีการกดปล่อยแล้วเจ็บ (Rebound tenderness) แต่ในกรณีที่ไส้ติ่งของผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งหลังลำไส้ใหญ่อาจทำให้ไม่มีอาการกดเจ็บจากการตรวจทางหน้าท้องได้เพราะลำไส้ใหญ่เต็มไปด้วยอากาศ อาการของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันมีทั้งที่ชัดเจนวินิจฉัยไม่ยากและประเภทที่ไม่ชัดเจน แม้จะตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดถี่ถ้วนและมี investigation, imaging ต่างๆ เช่น ultrasound และ CT โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศหญิง ดังนั้นอัตรา false negative appendectomy จึงยังสูงส่วนใหญ่จึงแนะนำให้ทำ diagnostic laparoscopy และ laparoscopic appendectomy ในผู้ป่วยหญิงในวัยเจริญพันธุ์ เนื่องจากมีผลลดภาวะ wound infection มีระยะพักฟื้นที่สั้นกว่า เจ็บแผลน้อยกว่า อยู่โรงพยาบาลสั้นกว่า กลับไปทำงานได้เร็วกว่า รวมทั้งบางรายงานยังช่วยลด operative time อีกด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับการทำ open appendectomy

จากสถิติการผ่าตัดฉุกเฉินทางศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเป็นการผ่าตัดอันดับต้นของการผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักเป็นการผ่าตัดไส้ติ่งในรูปแบบเปิด โดยในปีพ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบว่าอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบผ่านกล้องมีอัตราการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยมีอัตราการผ่าตัด ๒๔ ราย ๓๐ ราย และ ๓๕ รายตามลำดับ ดังนั้นการศึกษาการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในการให้การดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้ความสามารถในการเลือกใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่เหมาะสมในการผ่าตัดในรูปแบบ minimal invasive surgery การให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพโดยยึดหลักปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ภายในหน่วยงานและมีการนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นในการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๕๘ ปี สถานภาพ คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ HN ๕๕๕๓๘๐๔๔ AN ๖๖๑๓๓๖๔ มาด้วยอาการ ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องบริเวณด้านขวาข้าง มีไข้ รับประทานอาหารไม่ได้ ไม่มีอาการท้องเสีย ไม่มีตกขาวผิดปกติ

แรกรับ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เวลา ๒๓.๓๔น. ผู้ป่วยมีสภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๔๓/๖๘ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๘๘ ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง / นาที แพทย์ตรวจร่างกายคลำพบหน้าท้องบริเวณด้านขวาข้างตึงเล็กน้อย วินิจฉัยเป็น Acute appendicitis รับ Admit และเตรียม set ผ่าตัด Laparoscopic appendectomy ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเวลา ๑๒.๐๕น. วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ขณะผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีมผ่าตัดที่พร้อม มีการเตรียมเครื่องมือที่ถูกต้องเหมาะสมกับการทำผ่าตัด Laparoscopic appendectomy ใช้เวลาในการผ่าตัด ๒ ชั่วโมง มีการดูแลสังเกตประเมินอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาระหว่างการผ่าตัด ขณะผ่าตัดไม่พบความผิดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นผู้ป่วยฟื้นตัวดีจากการดมยาสลบ หายใจเองได้ดี มีสติทำตามคำบอกได้ จึงย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการต่อที่ห้องพักฟื้นเป็นเวลา ๑ ชั่วโมง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด จึงส่งผู้ป่วยกลับบ้าน หอผู้ป่วย หลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มีอาการปวดแผลเล็กน้อย สัญญาณชีพปกติ อาการผู้ป่วยดีขึ้น รวมระยะเวลาอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา ๔ วัน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ : ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง ๑ ราย

เชิงคุณภาพ : ๑. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

๒. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

๓. ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้องอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ลดความรุนแรงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองหลังกลับบ้านและพึงพอใจในการได้รับบริการที่มีมาตรฐาน

๒. การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์และการรักษา

๓. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศบุคลากรทางการพยาบาล

๗. ความยุ่งยากและข้อขัดข้องในการดำเนินการ

การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบผ่านกล้อง มีความซับซ้อน มีเครื่องมือเฉพาะในการผ่าตัด minimal invasive surgery ที่หลากหลาย ประกอบกับในโรงพยาบาลขอนแก่น การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบผ่านกล้องยังมีปริมาณที่อย่างน้อยเมื่อเทียบกับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบแบบเปิดหน้าท้องแต่มีแนวโน้มที่จะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ทักษะความรู้ความชำนาญในการเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และศัลยแพทย์ในแต่ละราย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

และช่วยส่งเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง ซึ่งผู้ช่วยผ่าตัดต้องทบทวนขั้นตอนในการส่งเครื่องมือให้แม่นยำ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลช่วยรอบนอกขณะผ่าตัดต้องเพิ่มบทบาทในการบริหารจัดการและนิเทศเจ้าหน้าที่ระดับรอง ให้พร้อมในเรื่องของความรู้และทักษะเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้กระบวนการผ่าตัดถูกต้องตามเทคนิควิธี เนื่องจากการผ่าตัดแบบส่องกล้อง มีการใช้อุปกรณ์ที่หลากหลาย ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลที่ดี การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๔. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑) บุคลากรที่มีความชำนาญด้านการผ่าตัด minimal invasive surgery มีน้อยและการผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบเฉียบพลันผ่านกล้องเริ่มมีจำนวนที่มากขึ้น สามารถพบได้บ่อยในการผ่าตัดฉุกเฉินของสาขาศัลยกรรมทั่วไป ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดนั้นขึ้นอยู่กับสรีระวิทยา ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยประกอบกับความเชี่ยวชาญของทีมผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญในการผ่าตัด ประกอบกับบุคลากรในห้องผ่าตัดมักมีการหมุนเวียนบุคลากรในการปฏิบัติงานสาขาต่างๆอยู่บ่อยครั้ง ทำให้บุคลากรขาดประสบการณ์และความชำนาญในการผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบผ่านกล้อง อาจส่งผลให้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานขึ้นหรืออาจมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการเรียนการสอนด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง ควรมีการพัฒนาเป็นความรู้วิชาการและเพิ่มทักษะในการผ่าตัด เพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ภายใต้การดูแลจากทีมพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด

๒) การผ่าตัดจำเป็นต้องรู้จักการเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการผ่าตัดโดยเฉพาะ อุปกรณ์ผ่าตัดผ่านกล้องที่มีความเฉพาะในตัวของอุปกรณ์ ที่บางอย่างไม่สามารถใช้ร่วมกันกับอุปกรณ์อื่นได้ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการเลือกใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ให้เหมาะสมเป็นอย่างดี รวมทั้งหมดยี่บต่างๆต้องแยกคุณสมบัติการใช้งานให้ถูกต้อง รวมไปถึงการดูแลเครื่องมือต่างๆหลังใช้งานเสร็จ เพื่อให้สามารถใช้ได้ยาวนานและมีประสิทธิภาพที่สุด

๓) การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดมีความจำเป็นมาก เพราะการผ่าตัดเป็นเรื่องยากและเสี่ยงต่ออาการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นควรมีคำแนะนำและอธิบายขั้นตอนการผ่าตัดอย่างละเอียดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเตรียมตัวให้ความร่วมมือก่อนและหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

๕. ข้อเสนอแนะ

ในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดมักมีการหมุนเวียนสาขาการผ่าตัดอยู่บ่อยครั้ง เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์พยาบาลห้องผ่าตัดให้มีความเชี่ยวชาญในทุกสาขาของการผ่าตัด แต่พบว่าเมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดหมุนเวียนกลับมาปฏิบัติงานยังสาขาเดิม มักจะมีปัญหาในเรื่องความมั่นใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากห่างหายจากการปฏิบัติงานในสาขาเดิมเป็นระยะเวลานาน จึงควรมีคู่มือสำหรับทบทวนการผ่าตัดของแต่ละสาขาเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรที่ต้องสับเปลี่ยนหมุนเวียนสาขาการปฏิบัติงานให้มีความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และเพื่อพัฒนาความรู้และให้แนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๒ ปี ให้มีการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)


ไม่มี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้ดำเนินการ นางสาววิมลรัตน์ คະສຸດໃຈ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สัดส่วนของ
ผลงาน ร้อยละ ๑๐๐


ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาววิมลรัตน์ คະສຸດໃຈ)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 2 เดือน ม.ค. พ.ศ. 2567

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววิมลรัตน์ คະສຸດໃຈ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(..... (นางชุศรี วัชรสุขโพธิ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ 29 เดือน ม.ค. พ.ศ. 2567

นน ๕๕๖

(ลงชื่อ) 

(..... (นางบิ่งอร ศรีสงคราม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ 29 เดือน ม.ค. พ.ศ. 2567

นน ๖๑๐๕

(ลงชื่อ) 

(..... (นางมินรัฐ จอมเพชร)

ตำแหน่ง วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

วันที่ 2 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

นรินทร์พราน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

(ลงชื่อ)
(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
วันที่ ๙ เดือน ก.พ. พ.ศ. ๒๕๖๖
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

๕๐

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

๑. เรื่อง คู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง

๒. หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ จากสถิติการผ่าตัดฉุกเฉินทางศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเป็นการผ่าตัดอันดับต้นของการผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักเป็นการผ่าตัดไส้ติ่งในรูปแบบเปิด โดยในปีพ.ศ.๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบว่าอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบผ่านกล้องมีอัตราการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยมีอัตราการผ่าตัด ๒๔ราย ๓๐ราย และ๓๕รายตามลำดับ ดังนั้นการศึกษาการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในการให้การดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความเข้าใจในการทำงาน ตั้งแต่การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัด minimal invasive surgery ให้ครบถ้วนถูกต้อง การทำ Surgical safety checklist ก่อนและหลังการผ่าตัด การจัดทำผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด การช่วยศัลยแพทย์ และการส่งเครื่องมือขณะผ่าตัด ตลอดจนการเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัดรวมถึงหลังการผ่าตัด การพัฒนาพยาบาลห้องผ่าตัดควรมีการพัฒนาในหลายด้าน ดังนี้

๑) ด้านการพัฒนาบุคลากร มีการจัดอบรมและฝึกปฏิบัติงาน มีการหมุนเวียนเพื่อฝึกทักษะ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลจากทีมพยาบาลพี่เลี้ยง

๒) มีการจัดทำคู่มือหรือผลงานวิชาการในหน่วยงาน ในแต่ละรายโรค เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ให้กับบุคลากร

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของผู้ผ่าตัดและระยะเวลาที่เหมาะสมในการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการผ่าตัด ได้แก่ Staff เท่านั้น ประกอบกับภาวะของโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉิน ไม่สามารถรอหรือนัดให้มาผ่าตัดใหม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันส่วนมากจะได้รับการผ่าตัดแบบเปิด เพื่อลดความเสี่ยงในระยะการรอคอยผ่าตัด โดยเฉลี่ย ๓ ปี ย้อนหลัง มีการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้องเพียง ๓๐ รายต่อปี ส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดยังขาดประสบการณ์การให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้องอยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากปริมาณการผ่าตัดที่น้อยและระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ไม่มีความแน่นอน ดังนั้นในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัด จึงควรมีการจัดอบรมหรือจัดทำคู่มือการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยในแต่ละรายโรค เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานไปในทิศทางเดียวกัน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๒ ปี มีความรู้ความเข้าใจกายวิภาคสรีรวิทยาของไส้ติ่งและพยาธิวิทยาของไส้ติ่ง

๔.๒ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๒ ปี มีความรู้ในการเตรียม การใช้เครื่องมือผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง

๔.๓ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๒ ปี สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องและมีคุณภาพ

๔.๔ พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๒ ปี มีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๘๐

๕.๒ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

๕.๓ อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้งานคู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันผ่านกล้อง มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) 

(นางสาววิมลรัตน์ คະສຸດໃຈ)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 2 เดือน ๒.๑ พ.ศ. 25๖๗