



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจส่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวปวีณา บุตรนาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒	นางสาวกิริติญา พันตาเอก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
๓	นางสาวอรรวรรณ แท้สูงเนิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อันึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘


(นายยุทธพร พิรุณสาร)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น
ผู้มีอำนาจส่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวปวีณา บุตรดานาง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๘๑๐๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๘๑๐๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นางสาวกิริติญา พันตาเอก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๔๙๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๔๙๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๓	นางสาวอรรพรรณ แท้สูงเนิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๕๕๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๕๕๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตโรคแบคทีเรียกินเนื้อร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis with septic shock)				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 มกราคม – 30 มิถุนายน 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) คือภาวะเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย โดยมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที ทารกที่คลอดก่อนกำหนดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการทุพพลภาพในระยะยาว การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องมีกุมารแพทย์ทารกแรกเกิดที่เชี่ยวชาญและส่วนใหญ่ทำในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป

สาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดยังไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน แต่มีปัจจัยหลายอย่างที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด ดังนี้

1. การขาดสารอาหาร ขาดการเอาใจใส่ดูแลบำรุงครรภ์ น้ำหนักในระยะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นน้อย และนอกจากนี้ การขาดน้ำก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการ กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก
2. การทำงานติดต่อกันนานๆ จนร่างกายอ่อนล้า มีการยกของหนักๆ ยืน เดิน หรือนั่ง อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งติดต่อกันนานหลายชั่วโมง
3. การมีเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ หลัง 32 สัปดาห์
4. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และได้รับสารเสพติด เช่น การสูบบุหรี่
5. ความเครียดทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง และติดต่อกันเป็นเวลานาน
6. เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด หรือแท้งในระยะหลังของการตั้งครรภ์
7. มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ปากมดลูกหลวมหรือสั้นผิดปกติ มีเนื้องอกในมดลูก ตั้งครรภ์แฝด ภาวะน้ำคร่ำมากผิดปกติ (ครรภ์แฝดน้ำ) มีความผิดปกติของรก ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น
8. มีความผิดปกติของทารกในครรภ์
9. มีการติดเชื้อในร่างกาย เช่น ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรืออาการช่องคลอดอักเสบ หรือมีไข้สูง
10. มีโรคแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคโลหิตจาง โรคเบาหวาน เป็นต้น
11. ถูกกระทบกระเทือนบริเวณมดลูก เช่น ประสบอุบัติเหตุรถชน หกล้ม เป็นต้น

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Prevention of preterm birth)

1. การวัดความยาวของปากมดลูกด้วยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง แบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้
 - 1.1. รายที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด แนะนำให้ตรวจวัดความยาวปากมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasound cervical length; TVCL) เป็นระยะทุก 1-4 สัปดาห์ ในช่วงอายุ ครรภ์ 16-24 สัปดาห์

1.2. รายที่ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ยังไม่มีคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับการทำ Universal screening ซึ่งจะวัดความยาวของปากมดลูกในช่วงอายุครรภ์ 18-24 สัปดาห์เพียงครั้งเดียว และถึงแม้ว่าองค์กรระดับนานาชาติ เช่น The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) และ Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) ไม่แนะนำให้ทำทุกรายแต่ก็เสนอว่าอาจพิจารณาทำได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละสถาบัน ในปี ค.ศ. 2021 ACOG มีคำแนะนำเพิ่มเติมว่า ควรดูปากมดลูกด้วยในช่วงที่ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อดูความผิดปกติของทารกในครรภ์ โดยอาจตรวจทางหน้าท้องหรือทางช่องคลอดก็ได้ ถ้าพบว่า ปากมดลูกมีลักษณะผิดปกติ เช่น สั้น หรือ มี funneling จากการตรวจทางหน้าท้อง ให้ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดหรือทาง transperineal เพื่อประเมินปากมดลูก อย่างละเอียด นอกจากนั้นการตรวจพบ debris หรือ sludge ในอุ้งน้ำคร่ำบริเวณปากมดลูก ร่วมกับปากมดลูกสั้นจะเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดด้วย(11) การวัดความยาวปากมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง มีการศึกษาในปี ค.ศ. 2017 พบว่า หากใช้เกณฑ์ cut-off ที่ 29 มม. จะสามารถตรวจพบปากมดลูกสั้นกว่าหรือเท่ากับ 25 มม. เมื่อวัดทางช่องคลอดทุกรายโดยมีความไวร้อยละ 100 ความจำเพาะ ร้อยละ 92.4 และมีการศึกษาในปี ค.ศ. 2021 พบว่า การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่ สูงทางหน้าท้องหากใช้เกณฑ์ cut-off ที่ 30 มม. จะตรวจพบปากมดลูกสั้นกว่าหรือเท่ากับ 25 มม. เมื่อตรวจทางช่องคลอดทุกรายโดยมีความไวร้อยละ 100 และผลบวกลวงร้อยละ 22 ซึ่งหากใช้เกณฑ์ดังกล่าว ก็ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจทางช่องคลอดในรายที่วัดความยาวปากมดลูกทางหน้าท้องได้เท่ากับหรือมากกว่า 30 มม. ขึ้นไป อย่างไรก็ตามมีการศึกษาโดย Saccone และคณะ ปี ค.ศ. 2024 สุ่มแบ่งสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ไม่มีอาการและไม่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดจำนวน 1,334 คน ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยมี 675 คนที่ตรวจวัดความยาวปากมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดช่วง 18 ถึง 23 สัปดาห์ 6 วัน และพบมีปากมดลูกสั้นกว่าหรือเท่ากับ 25 มม. 13 คน (ร้อยละ 1.9) ซึ่งให้การรักษาต่อด้วย progesterone ทางช่องคลอดร่วมกับ pessary หรือทำ cerclage อีกกลุ่มจำนวน 659 คนไม่ตรวจวัดความยาวปากมดลูก พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 24, 28, 30, 32, 34 และ 37 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการตรวจวัดความยาวปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ทุกคนยังไม่มีประโยชน์ชัดเจน

2. การให้ progesterone

2.1 รายที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ในปี ค.ศ. 2023 ACOG มีคำแนะนำดังนี้ ไม่แนะนำให้ใช้ hydroxy progesterone caproate (17-OHPC) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด อาจพิจารณาให้ vaginal progesterone ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและมีปากมดลูกสั้นร่วมด้วย การให้ vaginal progesterone ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและปากมดลูกไม่สั้น ยังไม่พิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

อย่างไรก็ตาม SMFM แนะนำให้ vaginal progesterone ในกรณีสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดเพียงอย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงความยาวของปากมดลูก แต่ให้เป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์กับสตรีตั้งครรภ์

2.2 รายที่ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดให้ vaginal progesterone ในรายที่ปากมดลูกสั้นกว่าหรือเท่ากับ 25 มิลลิเมตร อาจพิจารณาเย็บปากมดลูกร่วมด้วย ถ้าปากมดลูกสั้นกว่า 10 มิลลิเมตร

3. การเย็บปากมดลูก (Cervical cerclage)

มีคำแนะนำดังนี้ สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด การเย็บปากมดลูกอาจจะมีประโยชน์ ถ้าตรวจวัดปากมดลูกได้สั้นกว่า 10 มิลลิเมตร สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและตรวจพบปากมดลูกสั้นกว่า 25 มิลลิเมตร ให้พิจารณาเย็บปากมดลูกปี ค.ศ. 2023 มีการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การให้ progesterone ร่วมกับการเย็บปากมดลูก ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ปากมดลูกสั้นกว่า 25 มิลลิเมตร หรือมีประวัติคลอดก่อนกำหนด จะป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ดีกว่าการให้ progesterone อย่างเดียวหรือเย็บปากมดลูกอย่างเดียว พิจารณาเย็บปากมดลูกกรณีที่ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด ช่วงอายุครรภ์ 16 - 23 สัปดาห์ 6 วัน ให้เย็บปากมดลูกในรายที่ปากมดลูกสั้นและมีประวัติเคยผ่าตัดปากมดลูก ให้เย็บปากมดลูกก่อนตั้งครรภ์ในรายที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดหรือแท้งในช่วง ไตรมาสที่สองตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป เนื่องจากปากมดลูกไม่แข็งแรง (cervical insufficiency) ให้เย็บปากมดลูกด้วยวิธีเปิดผ่าตัดหรือผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องในรายที่มีประวัติเคยตัดปากมดลูก (trachelectomy) หรือปากมดลูกไม่แข็งแรงที่ทำการเย็บ ปากมดลูกทางช่องคลอดไม่สำเร็จ วิธีเย็บสามารถทำได้ทั้งแบบ Shirodkar หรือ McDonald มีการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การเย็บแบบ Shirodkar จะมีการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 35, 34 และ 32 สัปดาห์ ต่ำกว่าการเย็บแบบ McDonald

4. การใส่ Pessary

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ปี ค.ศ. 2020 และรายงานของ Cochrane ปี ค.ศ.2023 ยังไม่พบหลักฐานว่าการใส่ pessary ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดจะได้ประโยชน์เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใส่ หรือกลุ่มที่ได้ vaginal progesterone สำหรับครรภ์แฝด ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจวัดความ ยาวปากมดลูกเพื่อประเมินความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด แต่แนะนำให้ดูปากมดลูกด้วย ในช่วงที่ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อดูความผิดปกติของทารกในครรภ์เช่นเดียวกับครรภ์เดี่ยว การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ไม่ว่าจะเป็นการให้ progesterone การเย็บปากมดลูกหรือการ ใส่ pessary ยังไม่มีหลักฐานว่าได้ประโยชน์ชัดเจน

การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ก. การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีคำแนะนำดังต่อไปนี้ เมื่อวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่แน่นอนและถูกต้องแล้ว

1. รับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล

2. ทบทวนประวัติฝากครรภ์และตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อ
 - 2.1 ประเมินอายุครรภ์และน้ำหนักทารกในครรภ์ ตลอดจนท่าและส่วนนำของทารกในครรภ์
 - 2.2 ประเมินสุขภาพมารดา ได้แก่ ความดันโลหิต อุณหภูมิกาย อัตราการหายใจ และตรวจร่างกายทั่วไปเบื้องต้น
3. ประเมินและตรวจติดตามการหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิด
4. ประเมินและติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยการฟังอัตราการเต้นของหัวใจ ทารกและประเมินความสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกโดยอาจใช้เครื่อง cardiotocography
5. ค้นหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 5.1 ควรทำการเพาะเชื้อจากปากช่องคลอดและทวารหนัก (ano-vaginal swab culture) ในสถานที่ที่มีความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ
 - 5.2 เก็บปัสสาวะส่งตรวจและเพาะเชื้อ
 - 5.3 ตรวจเลือด complete blood count (CBC)
 - 5.4 ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อค้นหาความพิการของทารก สภาวะรก ตลอดจนตัวมดลูก และอาจรวมถึงรังไข่ทั้งสองข้าง รวมถึงช่วยในการประเมินท่า ส่วนนำของทารก และปริมาณน้ำคร่ำ
 - 5.5 ค้นหาสาเหตุทางมารดา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไข้ การติดเชื้อ โรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ตลอดจนโรคประจำตัวอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุ
6. แจ้งข้อมูลเบื้องต้นแก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค ตลอดจนขั้นตอนการรักษา และการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล
7. แจ้งให้ทีมผู้ดูแลรักษาการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลห้องคลอดและพยาบาลหน่วยทารกแรกเกิด รับทราบข้อมูล
8. กรณีเป็นสถานพยาบาลปฐมภูมิ และทุติยภูมิที่ไม่สามารถให้การดูแลทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยได้ แนะนำให้ทำการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ (in-utero transfer) ไปยังสถานพยาบาลตติยภูมิที่มีความพร้อมในการดูแลโดยอาจพิจารณาให้ยายับยั้ง การหดตัวของมดลูกก่อนส่งตัวไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า
 - ข. สตรีตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ถึง 36 สัปดาห์ ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตของอวัยวะต่าง ๆ มากขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พบได้น้อยกว่าทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ เช่น ภาวะ respiratory distress syndrome (RDS), necrotizing enterocolitis (NEC) และ intraventricular hemorrhage (IVH) การดูแลรักษาให้ดำเนินการตามขั้นตอนในข้อ ก ดังกล่าว 9 หัวข้อข้างต้น ร่วมกับดำเนินการดังต่อไปนี้
 1. ไม่ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก
 2. พิจารณาให้ corticosteroids แบบ single course หากไม่เคยได้มาก่อนในครรภ์ นี้และมีโอกาสสูงที่จะคลอดภายใน 7 วัน และคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ โดยไม่ต้องให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก

เท่ากับ 3 เซนติเมตร บางตัวมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 ฤๅน้ำคร่ำร่ำว หรือ มีข้อบ่งชี้ให้คลอด) ทั้งนี้ ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อทารกทั้งในระยะสั้น และระยะยาว (เช่น neonatal hypoglycemia, neurodevelopmental outcomes) และเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างสตรีตั้งครรภ์และทีมรักษา อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์ (pregestational diabetes mellitus) เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิด neonatal hypoglycemia มากกว่าปกติ และไม่แนะนำให้ในรายที่มี chorioamnionitis

3. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Group B Streptococci (GBS) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (intrapartum) ในกรณีไม่ทราบผลเพาะเชื้อ GBS หรือผลเป็นบวก
4. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ ในกรณีที่มีการเจ็บครรภ์คลอด ดำเนินต่อไปให้พิจารณาวิธีการคลอดที่เหมาะสมและเตรียมทีมผู้ดูแลรักษาการ คลอดก่อนกำหนดให้พร้อม
5. การเลือกวิธีการคลอด ในกรณีส่วนนำเป็นศีรษะแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอดขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ ในกรณีส่วนนำเป็นก้นให้พิจารณาเป็นรายๆไป ขึ้นกับท่าทารก การเปิดขยายของปากมดลูก สุขภาพทารกในครรภ์ และประสบการณ์การทำคลอดทารกมีส่วนนำเป็นก้นของสูติแพทย์
6. แนวทางการดูแลหลังคลอด

6.1 ให้การดูแลทารกเบื้องต้นที่ห้องคลอดโดยให้อยู่ในความดูแลของกุมารแพทย์อย่างใกล้ชิด

6.2 ให้การดูแลมารดาหลังคลอดตามปกติ สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ โดยพิจารณาเป็นรายๆ ไป ซึ่งขึ้นกับสภาวะและน้ำหนักร่างกายของทารกแรกเกิด

ค. สตรีตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 24 ถึง 34 สัปดาห์ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนในข้อ ก. ดังกล่าว 9 หัวข้อข้างต้น ร่วมกับดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก (tocolysis) ก. ก่อนการให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก
 - 1.1 ชักประวัติความเจ็บป่วย โรคประจำตัวที่อาจเป็นข้อบ่งห้ามของการให้ยา
 - 1.2 อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์รับทราบถึงอาการข้างเคียงจากการให้ยา หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
 - 1.3 ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการอีกครั้งในกรณีที่ไม่ได้ส่งตั้งแต่แรก เช่น electrolytes, blood sugar, BUN, Cr โดยขึ้นกับชนิดของยาที่ใช้และโรคประจำตัวของสตรีตั้งครรภ์ ข. ขณะได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก
 - 1.4 ประเมินการหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดและปรับขนาดของยา ตามความเหมาะสม
 - 1.5 ประเมินและติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดด้วยการ ฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกและประเมินความสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก
 - 1.6 เฝ้าระวังสัญญาณชีพและอาการทั่วไปของมารดาอย่างใกล้ชิด
 - 1.7 สามารถขนาดของยาที่ใช้สักระยะเมื่อการหดตัวของมดลูกเริ่มหายไป

1.8 กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของยาควรต้องหยุดยาหรือลดขนาดของ ยา ลง หรือเปลี่ยนชนิดของยา

1.9 กรณีที่ทารกเกิดภาวะคับขัน (non-reassuring fetal status) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น (intrauterine resuscitation) ทันที ได้แก่ การนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน และแจ้งให้สูติแพทย์และกุมารแพทย์ทราบโดยด่วน ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องหยุดยาหรือลดขนาดของยา

1.10 บันทึกปริมาณสารน้ำที่มารดาได้รับและปริมาณปัสสาวะตลอด ระยะเวลาที่ให้ยา ค. ภายหลังจากยับยั้งการหดตัวของมดลูก

1.11 หลังจากที่มีมดลูกหยุดการหดตัวอย่างน้อย 24 ชั่วโมง สามารถลดขนาดของยาหรือหยุดยาได้ตามชนิดของยานั้นๆ

2. ให้ corticosteroids แบบ single course ในกรณีที่คาดว่าจะคลอดภายใน 7 วัน และอาจให้ซ้ำได้อีก 1 course โดยให้เป็น

2.1 Rescue course ในกรณีที่ ได้รับ corticosteroids มานานเกิน 7 วัน และมีแนวโน้มจะคลอดในระยะเวลาอันใกล้ เช่น ภายใน 48 ชั่วโมง

2.2 Single repeat course ในกรณีที่มีความเสี่ยงที่จะคลอดภายใน 7 วัน และได้รับ corticosteroids มาก่อนหน้านั้นนานเกิน 14 วัน และอายุครรภ์ยังคงไม่เกิน 34 สัปดาห์

3. ในกรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการหดตัวของมดลูกได้ ให้เฝ้าประเมินความก้าวหน้าของการคลอด พิจารณาวีธีการคลอดที่เหมาะสมตลอดจนแจ้งทีม ผู้ดูแลการคลอดก่อนกำหนดตั้งกล่าวข้างต้นให้เตรียมความพร้อมในการดูแลการคลอดก่อนกำหนดร่วมกับ

3.1 ให้อาปปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ GBS

3.2 ให้ Magnesium Sulfate ($MgSO_4$) เพื่อป้องกันระบบประสาท (neuroprotection) ของทารกที่คลอดก่อนกำหนด ลดความเสี่ยงในการเกิด cerebral palsy โดยแนะนำให้ในอายุครรภ์ 24 ถึง 32 สัปดาห์ และให้ก่อนทารกคลอดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

3.3 การเลือกวิธีคลอดในกรณีส่วนนำเป็นศีรษะแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอด ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ในกรณีส่วนนำเป็นกันให้พิจารณาเป็นรายๆไป ขึ้นกับอายุครรภ์ท่าทารก การเปิดขยายของปากมดลูก สุขภาพทารกในครรภ์ และประสบการณ์การคลอดทารกมีส่วนนำเป็นกันของสูติแพทย์ พิจารณาระวังการผ่าตัดคลอดในอายุครรภ์น้อยๆเนื่องจาก lower uterine segment อาจยังไม่บางตัวทำให้การผ่าตัดยากและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้สูงขึ้น

4. แนวทางการดูแลหลังคลอด

1. ให้การดูแลทารกเบื้องต้นที่ห้องคลอดโดยให้อยู่ในความดูแลของกุมารแพทย์อย่างใกล้ชิด

2. ให้การดูแลมารดาหลังคลอดตามปกติ สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ โดยพิจารณาเป็นรายๆไป ขึ้นกับสภาวะและน้ำหนักของทารกแรกเกิด และควรเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดอันเนื่องจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี หลังจากที่ยุติการยับยั้งการหดตัวของมดลูกไม่นาน

ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนดในอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (Preterm Prelabor Rupture of Membranes; PPRM)

ในภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนดมีปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อวางแผนการดูแลรักษาได้แก่ อายุครรภ์ การติดเชื้อของสตรีตั้งครรภ์หรือทารกในครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วย ทำทารกสุขภาพทารกในครรภ์ การเจริญของปอดทารก (พิจารณาจากอายุครรภ์) การเปิดของปากมดลูก ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด สายสะดือย้อย ความพร้อมของสถานบริการในการดูแลทารกแรกเกิด เป็นต้น การดูแลภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (preterm prelabor rupture of membranes; PPRM) มีหลักการดังต่อไปนี้

1. ให้การวินิจฉัยภาวะน้ำเดินและประเมินการเปิดของปากมดลูกโดยตรวจดูภายในช่องคลอดด้วย sterile speculum
2. ไม่ตรวจภายในด้วยนิ้วมือและไม่สวนอุจจาระ
3. รับสตรีตั้งครรภ์เข้าดูแลรักษาในโรงพยาบาล
4. ประเมินสุขภาพมารดา ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ การตรวจครรภ์ และการตรวจร่างกายทั่วไปเบื้องต้น
5. ประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยการฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกด้วยหูฟัง หรือเครื่อง Doppler หรือ cardiotocography ร่วมกับประเมินการหดตัวของมดลูก
6. ประเมินอายุครรภ์และน้ำหนักทารกในครรภ์ตลอดจนท่าและส่วนนำของทารก
7. ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงดูปริมาณน้ำคร่ำ สภาพรก น้ำหนักทารก ความผิดปกติของทารก ท่าและส่วนนำของทารก ตลอดจนตัวมดลูกและอาจรวมถึงรังไข่ทั้งสองข้าง
8. ประเมินสาเหตุของการมีถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด
 - 8.1. ควรทำการเพาะเชื้อจากช่องคลอดและทวารหนัก (ano-vaginal swab culture) ในสถานที่ที่มีความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ
 - 8.2. เก็บปัสสาวะส่งตรวจและเพาะเชื้อ
 - 8.3. เจาะเลือด complete blood count (CBC)
 - 8.4. ค้นหาสาเหตุทางมารดา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไข้ และการติดเชื้อ เป็นต้น
9. แจ้งให้ทีมผู้ดูแลรักษาการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลห้องคลอดและพยาบาลหน่วยทารกแรกเกิดรับทราบล่วงหน้าในกรณีที่คาดว่าจะมีการคลอดก่อนกำหนด
10. สำหรับในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ แนะนำให้ส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ (in-utero transfer) ไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย
11. กรณีที่มี chorioamnionitis แนะนำให้คลอดโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ และต้องให้ยาปฏิชีวนะแบบ broad spectrum โดยอาจวินิจฉัยจากอาการทางคลินิก เช่น มารดามีไข้ มากกว่า 38 องศาเซลเซียส ร่วมกับมดลูกกดเจ็บ มารดาหรือทารกมีหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) โดยไม่พบมีหลักฐานการติดเชื้อที่อื่น
12. กรณีที่มี non-reassuring fetal status สายสะดือย้อย รกลอกตัวก่อนกำหนด แนะนำให้คลอด

13. กรณีที่อายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์

13.1. อาจพิจารณาให้คลอด (โดยชักนำการคลอดหรือผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์) หรือให้การดูแลแบบ expectant ก็ได้ ทั้งนี้ควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และสตรีตั้งครรภ์ และไม่ควรยืดอายุครรภ์ไปเกิน 37 สัปดาห์

13.2. ไม่ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อยืดอายุครรภ์ (prolonged latency period)

13.3. ไม่ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก

13.4. พิจารณาให้ corticosteroids แบบ single course ในกรณีที่ไม่เคยได้มาก่อนและคาดว่า จะคลอดภายในเวลามากกว่า 24 ชั่วโมงและไม่เกิน 7 วันโดยไม่ต้องให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกเพื่อ รอให้ยา corticosteroids ครบ อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์ (pregestational diabetes mellitus) เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิด neonatal hypoglycemia มากกว่าปกติ และไม่แนะนำให้ในรายที่มี chorioamnionitis

13.5. กรณีดูแลแบบ expectant เผื่อระวังการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะ chorioamnionitis และสุขภาพทารกในครรภ์โดย

13.5.1. ประเมินภาวะไข้และอัตราการเต้นของหัวใจมารดาและทารก

13.5.2. ประเมินการกดเจ็บของมดลูก

13.5.3. ประเมินการหดตัวของมดลูก

13.5.4. ตรวจเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย cardiotocography (CTG) ทุกวัน ถ้า ผิดปกติให้ทำ biophysical profile ต่อ

13.5.5. เจาะเลือดตรวจ complete blood count เป็นระยะๆ

13.5.6. ให้คลอดเมื่อตรวจพบว่ามี chorioamnionitis, non-reassuring fetal testing รก ลอกตัวก่อนกำหนด, advanced labor หรือเมื่ออายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์

13.6. กรณีพิจารณาให้คลอด

13.6.1. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ GBS ในกรณีไม่ทราบผลหรือผลเพาะเชื้อ GBS เป็นบวก

14. กรณีที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 24-36 สัปดาห์

14.1. ให้การดูแลแบบ expectant เผื่อระวังการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะ chorioamnionitis และสุขภาพทารกในครรภ์ โดย

14.1.1. ประเมินภาวะไข้และอัตราการเต้นของหัวใจมารดาและทารก

14.1.2. ประเมินการกดเจ็บของมดลูก

14.1.3. ประเมินการหดตัวของมดลูก

14.1.4. ตรวจเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย cardiotocography (CTG) ทุกวัน ถ้า ผิดปกติให้ทำ biophysical profile ต่อ

14.1.5. เจาะเลือดตรวจ complete blood count เป็นระยะๆ

14.1.6. ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อวัดปริมาณน้ำคร่ำทุก 1-2 สัปดาห์

14.1.7. ให้คลอดเมื่อตรวจพบว่ามี chorioamnionitis, non-reassuring fetal testing รกลอกตัวก่อนกำหนด, advanced labor หรือเมื่ออายุครรภ์ครบ 34 สัปดาห์ (หรือ 37 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการตัดสินใจร่วมกันของแพทย์และสตรีตั้งครรภ์)

14.2. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อยืดอายุครรภ์ (prolonged latency period)

14.3. หากมีการหดตัวของมดลูก อาจพิจารณาให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกได้ ถ้าไม่มีข้อห้าม

14.4. ให้ corticosteroids แบบ single course ในกรณีที่คาดว่าจะคลอดภายใน 7 วัน และอาจให้ซ้ำได้อีก 1 course โดยให้เป็น

14.4.1 Rescue course ในกรณีที่ "ได้รับ corticosteroids มานานเกิน 7 วัน และมีแนวโน้มจะคลอดในระยะเวลาอันใกล้ เช่น ภายใน 48 ชั่วโมง

14.4.2 Single repeat course ในกรณีที่มีความเสี่ยงที่จะคลอดภายใน 7 วันและได้รับ corticosteroids มาก่อนหน้านี้นานเกิน 14 วัน และอายุครรภ์ยังคงไม่เกิน 34 สัปดาห์

14.5. ในกรณีที่ จะคลอด ให้ยาปฏิชีวนะในระยะคลอด (intrapartum) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ GBS

14.6. กรณีที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ พิจารณาให้ MgSO₄ for neuroprotection

สรุป ในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและ/หรือภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนดในอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ควรต้องได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอน ค้นหาสาเหตุ ประเมินอายุครรภ์ น้ำหนักทารก และสุขภาพของทารกในครรภ์ การรักษาประกอบด้วย การเลือกให้ยา ระงับการหดตัวของมดลูกที่เหมาะสม ให้ยา corticosteroids แบบ single course ให้ยาปฏิชีวนะ ในขณะคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ GBS ควรมีการเฝ้าระวังติดตามอาการของ มารดาและทารกในครรภ์ อย่างใกล้ชิด หากไม่สามารถยับยั้งการหดตัวของมดลูกได้จำเป็นต้องคลอดก่อนกำหนด ต้องเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม เลือกสถานที่คลอดที่มีศักยภาพในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและต้องมีกุมารแพทย์ที่ชำนาญในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนด กรณีเป็นสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้แนะนำให้ทำการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ (in-utero transfer) ไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแล

กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 30 ปี หญิงตั้งครรภ์ G2P-0-1-0-1 LMP.25/08/67 EDC.03/07/67 by u/s GA.37⁺² สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 13⁺³ สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ประวัติการคลอดคนที่ 1 คลอดก่อนกำหนด เมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ น้ำหนักตัวทารก 2,280 กรัม เพศชาย สุขภาพแข็งแรงดี อายุ 9 ปี ปัจจุบันตั้งครรภ์ที่ 2 ได้รับการประเมินความเสี่ยง การคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 18⁺² สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ได้รับยา Utrogestan (200 mg) 1 tab vaginal suppository ก่อนนอน. จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ และได้รับการตรวจความยาวของปากมดลูกจากแพทย์เวชศาสตร์มารดาและทารก เมื่ออายุครรภ์ 20⁺² สัปดาห์ ระดับความยาวของปากมดลูก (cervical length: CL) เท่ากับ 3.84 เซนติเมตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติของความยาวปากมดลูกมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร) สตรีตั้งครรภ์ได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ CaCO₃ 1 เม็ดหลังอาหารเย็น วันละ1ครั้ง และ Triferdine 1 tab หลังอาหารเช้า จนอายุครรภ์ได้ 37⁺² สัปดาห์ คลอดปกติ น้ำหนักตัวทารก 2,570 กรัม Apgar 9,10,10

แรกรับที่ห้องฝากครรภ์โรงพยาบาลขอนแก่น หญิงตั้งครรภ์ G2P-0-1-0-1 อายุครรภ์ 13⁺² สัปดาห์ โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการซักประวัติเพื่อคัดกรองความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และตรวจทางห้องปฏิบัติการการประเมินภาวะเครียด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ไตรมาสที่ 1 รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง, ไตรมาสที่ 2 รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง และไตรมาสที่ 3 รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ติดตามประเมินการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด,อายุครรภ์ 18⁺² สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับยา Utrogestan (200 mg) 1 tab vaginal suppository ก่อนนอน.ตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และได้รับการตรวจความยาวของปากมดลูกจากแพทย์เวชศาสตร์มารดาและทารก เมื่ออายุครรภ์ 20⁺² สัปดาห์ ความยาวของปากมดลูก (cervical length: CL) เท่ากับ 3.84 เซนติเมตร จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัด

จากการติดตามหญิงตั้งครรภ์รายนี้ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด จากการเฝ้าระวังการเกิดการคลอดก่อนกำหนดระหว่างตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์คลอดปกติ เมื่อ อายุครรภ์ 37⁺²สัปดาห์ ทารกแข็งแรงดีมารดาหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน น้ำหนักทารกแรกคลอด 2,570 gm Apgar Score 9-10-10 เพศชาย แรกเกิดตัวเขียว ร้องดัง toneดี ได้จัดท่า Suction กระตุ้น เช็ดตัว keep warm นาทีกี่ 1 ตัวเขียว ร้องดัง Good tone FHR 140 min keep warm ค่าออกซิเจนในเลือด 80% นาทีกี่ 3 ตัวแดง ร้องดัง Good tone FHR 150 min ค่าออกซิเจนในเลือด 80% keep warm นาทีกี่ 5 ตัวแดง ร้องดัง Good tone FHR 140 min ค่าออกซิเจนในเลือด 90% keep warm นาทีกี่ 10 ตัวแดง ร้องดัง Good tone FHR ประมาณ 130-150 min ค่าออกซิเจนในเลือด 97% keep warm และได้ย้ายตามมารดา

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) คือ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ นับจากวันแรกที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้าย โดยมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที ร่วมกับปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน ตั้งแต่ 1 เซนติเมตรขึ้นไปหรือมากกว่า หรือปากมดลูกบางกว่าตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 11.6 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สูงกว่าเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 9) เขตบริการสุขภาพที่ 7 พบร้อยละ 10.42 และจังหวัดขอนแก่น พบร้อยละ 12.99 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ชี้วัดกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 9 (ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก) ทารกคลอดก่อนกำหนดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ระบบทางเดินหายใจทารกคลอดก่อนกำหนดพบว่าปอดเจริญได้ไม่เต็มที่ ทำให้มีภาวะการหายใจลำบากตั้งแต่แรกเกิด ระบบทางเดินอาหารของทารกพัฒนาได้ไม่เต็มที่ มีการย่อยและการดูดซึมสารอาหารต่างๆ ได้ไม่ดี ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ต่อการเจริญเติบโต มีระบบภูมิคุ้มกันที่พัฒนาการได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดหารติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีผิวหนังบาง ไขมันใต้ผิวหนังน้อยทำให้สูญเสียความร้อนได้มาก เกิดภาวะตัวเย็นได้ง่าย (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศิธรณ แสงอินทร์, 2561) การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายสูงและใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องมีกุมารแพทย์ทารกแรกเกิดที่เชี่ยวชาญและพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด จากกรณีศึกษาพบปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด มี 2 ปัจจัย 1) ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ ได้แก่ เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี เศรษฐฐานะสังคมไม่ดี ปากมดลูกผิดปกติ มดลูกผิดปกติ หรือมีเนื้องอก การหดตัวของมดลูกผิดปกติ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด และภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 2) ปัจจัยที่มีโอกาสแก้ไขได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเสพสารเสพติด ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ ความเครียดสูง หรือโรคเรื้อรัง โรคเรื้อรัง และสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้ฝากครรภ์ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลทำให้คลอดก่อนกำหนด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) จากสถิติห้องคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น พบทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.36 ปี พ.ศ. 2565 พบทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 9.90 พบทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 9.90 ปี พ.ศ. 2566 พบทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 9.4 ซึ่งปัญหาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษอย่างใกล้ชิดในขณะตั้งครรภ์

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายตัวชี้วัดกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ9)

เพื่อป้องกันไม่ให้หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ขั้นตอนการดำเนินการ

เลือกหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดได้แก่ มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ปากมดลูกผิดปกติ อายุ <17 ปี หรือ ≥ 35 ปี ครรภ์แฝด ภาวะรกเกาะต่ำ ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 ภาวะโลหิตจางติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ โรคทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและการใช้สารเสพติด ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่นตั้งแต่เดือน มกราคม-มิถุนายน 2566

เป้าหมายของงาน

- 1) เพื่อให้เสริมสร้างความรอบรู้สตรีตั้งครรภ์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้คำแนะนำด้านความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการด้านการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- 2) เพื่อให้บริการเฝ้าระวัง ประเมิน คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด และกำกับติดตามการฝากครรภ์ให้ครบกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

5.1.1 การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1 เรื่อง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ทารกคลอดก่อนกำหนดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ระบบทางเดินหายใจของทารกคลอดก่อนกำหนดปอดทารกเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ทำให้มีภาวะหายใจลำบากตั้งแต่แรกเกิด ระบบทางเดินอาหารของทารกพัฒนาไม่เต็มที่ที่มีการย่อยและการดูดซึมสารอาหารต่างๆ ได้ไม่ดีทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต มีระบบภูมิคุ้มกันพัฒนาได้ไม่เต็มที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีผิวหนังบางไขมันใต้ผิวหนังน้อยทำให้สูญเสียความร้อนได้มากเกิดภาวะตัวเย็นได้ง่าย การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายสูงและใช้ทรัพยากรจำนวนมากจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขพบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 7 พบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.42 จังหวัดขอนแก่นพบร้อยละ 12.99 และโรงพยาบาลขอนแก่นปี พ.ศ.2564 พบร้อยละ 10.36 ปี พ.ศ.2565 พบร้อยละ9.90 และปี พ.ศ.2566 พบร้อยละ9.4 เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายตัวชี้วัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ9)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1 เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าทั่วไป
- 6.2 เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลและเป็นแนวทางการป้องกันการการคลอดก่อนกำหนด
- 6.3 หญิงตั้งครรภ์และญาติหรือบุคคลที่สนใจ มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการการคลอดก่อนกำหนด
- 6.4 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการการคลอดก่อนกำหนด

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ต้องอาศัยการซักประวัติที่ละเอียดในเรื่องของประวัติการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา หรือประวัติโรคประจำตัวและการรักษาปัจจุบัน และในระหว่างการฝากครรภ์ต้องส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (Maternal Fetal Medicine: MFM) เพื่อประเมินความยาวของปากมดลูก และต้องนัดหญิงตั้งครรภ์เข้าโครงการให้มาตรวจตามวัน ต้องลงทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ จัดทำสติกเกอร์สัญลักษณ์โครงการ แต่ยังมีพบว่าบางครั้งที่พยาบาลซักประวัติได้ไม่ครบถ้วนและไม่ได้ลงทะเบียนไว้ชัดเจน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการป้องกันการการคลอดก่อนกำหนด แม้จะดำเนินการจัดโครงการและให้เอกสารเพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์แล้ว แต่ยังมีหญิงตั้งครรภ์บางส่วนที่มีการฝากครรภ์ล่าช้า หรือยังมีบางส่วนที่ให้ประวัติไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อวัดความยาวของปากมดลูก และไม่ได้รับยาฮอร์โมนเพื่อช่วยลดอัตราการบีบรัดตัวของมดลูกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รวมไปถึงเศรษฐกิจทางการเงินของหญิงตั้งครรภ์บางส่วนที่อาจจะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอส่งผลทำให้โภชนาการไม่ดี และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวดูแลตนเองได้ไม่เหมาะสม จึงมีโอกาสดูดการคลอดก่อนกำหนด

9. ข้อเสนอแนะ

- 9.1 หน่วยงานควรพัฒนาพยาบาลในการซักประวัติและบันทึกข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ให้ครบถ้วน และลงรายละเอียดไว้ในสมุดฝากครรภ์ให้ชัดเจน
- 9.2 หน่วยงานควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้า line OA ทุกราย
- 9.3 หน่วยงานต้องพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง เช่นการส่งอบรมเฉพาะทาง
- 9.4 บุคลากรหน่วยงานมีความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการการคลอดก่อนกำหนด

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวปวีณา บุตตานาง สัตว์ส่วนผลงานร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... นางสาวปวีณา บุคตานาง
 (นางสาวปวีณา บุคตานาง)
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) 14 / ก.พ. / 68
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวปวีณา บุคตานาง	<u>นางสาวปวีณา บุคตานาง</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... นางนันทพร กวางแก้ว
 (นางนันทพร กวางแก้ว)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 (วันที่) 26 / กุมภาพันธ์ / 2568

(ลงชื่อ)..... นางวรรณดา ปิยะเศวตกุล
 (นางวรรณดา ปิยะเศวตกุล)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 (วันที่) 24 / กุมภาพันธ์ / 2568

(ลงชื่อ)..... นางพินิจ จอมเพชร
 (นางพินิจ จอมเพชร)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล
 (วันที่) 14 / กุมภาพันธ์ / 68

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
(.....(นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง).....)
(ตำแหน่ง)นายแพทย์เชี่ยวชาญ.....
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
(วันที่).....
28 มี.ค. 2568
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาสื่อความรู้หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) หมายถึง ภาวะเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ หรือ 259 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายโดยมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที ร่วมกับปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน โดยปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 1 เซนติเมตรหรือมากกว่า หรือปากมดลูกบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 % ขึ้นไปทารกคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงสูง เสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดหรือแรกคลอดรวมถึงช่วงปีแรกของชีวิต ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของทารกที่เสียชีวิตในระยะ 28 วันแรก (Neonatal period) นอกจากนี้ทารกคลอดก่อนกำหนดยังเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการและการมีพัฒนาการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่คลอดครบกำหนด และยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก เนื่องจากทารกต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน น้ำหนักแรกเกิดของทารกจึงนับเป็นต้นทุนที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ แม้ว่าปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์สาขาปริกำเนิดและทารกแรกเกิดก้าวหน้ามาก ทำให้ทารกแรกเกิดรอดชีวิตมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่เศรษฐกิจสูง อัตราการเสียชีวิตของทารก เท่ากับ 5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ขณะที่ปีพ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.1 (เป้าหมายน้อยกว่า ร้อยละ 9) อัตราการเสียชีวิตของทารก 7.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย และจำนวนทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม เฉลี่ย 22,727 รายต่อปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทารกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ทารกคลอดก่อนกำหนดและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อยมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองพิการหรือภาวะทุพพลภาพเรื้อรังตามมา ภายหลังจากรอดชีวิตและจำหน่ายกลับบ้านปัญหาทารกแรกคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยกำหนดเป้าหมายการคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 9 แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจสถานการณ์ข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากปีประมาณ 2560 ถึง 2565 อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 4.4 เพิ่มเป็น 4.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน สาเหตุหลักร้อยละ 40 มาจากการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น หากจะลดอัตราตายทารกแรกเกิดให้เห็นผลจึงต้องลดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน การแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุได้ทั้งหมด จึงมีการพัฒนางานการฝากครรภ์เพื่อหาแนวทางในการคัดกรองประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจอย่างเป็นองค์รวม และต้องอาศัยความร่วมมือของสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูง เสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดหรือแรกคลอด นอกจากนี้ทารกคลอดก่อนกำหนดยังเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการและการมีพัฒนาการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดปกติ และยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก เนื่องจากทารกต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน น้ำหนักแรกเกิดของทารกจึงนับเป็นต้นทุนที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์

จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่

1) ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ ได้แก่ เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน อายุ <17 ปี หรือ >35 ปี เศรษฐฐานะทางสังคมไม่ดี ปากมดลูกผิดปกติ มดลูกผิดปกติหรือมีเนื้องอก การหดรั้งตัวของมดลูกมากผิดปกติ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด และภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด

2) ปัจจัยที่มีโอกาสแก้ไขได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเสพสารเสพติด ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ ความเครียดสูงหรือเรื้อรัง โรคเหงือกและสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้ฝากครรภ์ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลให้ทารกคลอดก่อนกำหนดตามมาในปี 2566 โรงพยาบาลขอนแก่นดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้แก่ มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ปากมดลูกผิดปกติ อายุ < 17 ปี หรือ > 35 ปี ครรภ์แฝด ภาวะรกเกาะต่ำ ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 ภาวะโลหิตจาง ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โรคทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการใช้สารเสพติด

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนวความคิดการพัฒนาสื่อความรู้หญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปกติหรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองได้เหมาะสม เพื่อให้คลอดลูกออกมาได้มีน้ำหนักตามเกณฑ์ปกติ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีสื่อความรู้การปฏิบัติตัวในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหน่วยงาน รวมถึงการพัฒนา ระบบการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- 4.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด ได้รับการติดตามให้มาตรวจครรภ์ตาม เกณฑ์มาตรฐาน
- 4.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ได้เหมาะสม
- 4.4 หญิงตั้งครรภ์ปกติ/หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ มาตรฐาน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าร้อยละ 75
- 5.2 สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีผลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการการคลอดก่อนกำหนด เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 25
- 5.3 สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมาฝากครรภ์ครบเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าร้อยละ 75

(ลงชื่อ)..... เมททวเพ็ญ บุคตานง

(นางสาวปวีณา บุคตานง)
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 14 / พพ / 68

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน 1 มกราคม 2567 – 30 เมษายน 2567
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 กายวิภาคและพยาธิสภาพ

ปอดเป็นอวัยวะหลักของระบบหายใจ มีลักษณะคล้ายฟองน้ำ ตั้งอยู่ในช่องทรวงอกทั้งสองข้าง ปอดด้านขวามีขนาดใหญ่กว่าปอดด้านซ้ายเล็กน้อย เนื่องจากมีพื้นที่ให้กับหัวใจ โดยภายในปอดจะมีหลอดลม (Bronchus) แตกแขนงเป็นหลอดลมฝอย (Bronchiole) และลงท้ายด้วยถุงลมฝอย (Alveoli) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกิดการแลกเปลี่ยนแก๊สระหว่างอากาศและเลือด นอกจากนี้ปอดยังมีหลอดเลือดแดงปอด (Pulmonary Artery) ที่นำเลือดที่มีออกซิเจนน้อยมายังปอด และหลอดเลือดดำปอด (Pulmonary Vein) ที่นำเลือดที่มีออกซิเจนมากจากปอดเข้าสู่หัวใจ (Moore et al., 2018)

เยื่อหุ้มปอด (Pleura) เป็นเยื่อบางๆ ที่หุ้มปอดทั้งสองข้างและผนังทรวงอกด้านใน ประกอบด้วยเยื่อ 2 ชั้น ได้แก่ เยื่อหุ้มปอดชั้นใน (Visceral Pleura) เป็นเยื่อที่หุ้มติดกับปอดโดยตรง และเยื่อหุ้มปอดชั้นนอก (Parietal Pleura) เป็นเยื่อที่ติดกับผนังทรวงอกด้านใน โดยเยื่อหุ้มปอดทั้งสองชั้นนี้จะประกบกันเป็นช่องว่างที่เรียกว่า ช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural Cavity) ภายในมีของเหลว (Pleural Fluid) ประมาณ 5-10 มล. ทำหน้าที่เป็นสารหล่อลื่นให้เยื่อหุ้มปอดทั้งสองชั้นเคลื่อนไหวได้สะดวก ในขณะที่ปอดขยายและหดตัว (Drake et al., 2019)

พยาธิสภาพ ปกติในช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มปอดทั้งสองชั้น มีความดันเป็นลบระหว่าง 10 - 20 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ปอดขยายตัวได้สะดวกในระหว่างการหายใจ เมื่อมีรูทะลุจากภายนอกเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอดและมีเลือดอยู่ในระหว่างโพรงเยื่อหุ้มปอด จะทำให้ความดันลบในโพรงเยื่อหุ้มปอดลดลงเรื่อยๆ จะมากขึ้นเรื่อยๆ ใกล้เคียงกับปริมาณเลือดในโพรงเยื่อหุ้มปอด ถ้ามีเลือดในโพรงเยื่อหุ้มปอดมาก ปอดจะแฟบ ผู้ป่วยจะมีอาการขาดออกซิเจนประกอบกับการสูญเสียเลือดอาจช็อคหมดสติได้

3.2 ความหมายของการบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

การบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด หมายถึง การที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณทรวงอกและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มปอดชั้นนอกและชั้นใน ภาวะนี้เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดในช่องทรวงอกจากการได้รับบาดเจ็บ ทำให้มีเลือดไหลลงมาสะสมในช่องเยื่อหุ้มปอด (วารสารณ์ ไชยเจริญ, 2560)

3.3 อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

อุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด จากการบาดเจ็บทรวงอกพบได้ไม่บ่อยนัก โดยมีรายงานอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 2-5 ของผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกทั้งหมด ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดมักเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 30-40 ปี และสาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุการจราจร (วชิระ เฟ็งจันทร์, 2563)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.4 สาเหตุของการบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

กระดูกซี่โครงหัก (Rib Fractures) เป็นการบาดเจ็บที่พบบ่อยในการบาดเจ็บทรวงอก มักเกิดจากแรงกระแทกบริเวณซี่โครงโดยตรง เช่น พวงมาลัยรถยนต์ ถูกตี เตะ เป็นต้น ตำแหน่งที่พบบ่อยคือกระดูกซี่โครงที่ 4-9 ส่วนบริเวณที่กระดูกซี่โครงที่ 1 และ 2 พบได้น้อย เนื่องจากมีกระดูกไหปลาร้า กระดูกสะบัก และกล้ามเนื้อห่อหุ้มค่อนข้างหนา หากพบการหักของซี่โครงที่ 1 และ 2 มักมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้วย ส่วนการหักของกระดูกซี่โครงที่ 10 - 12 มักพบร่วมกับการบาดเจ็บในช่องท้อง การหักของกระดูกซี่โครงอาจทำให้ทิ่มแทงเนื้อปอด จนเกิดการฉีกขาดของเนื้อปอดขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้เมื่อมีซี่โครงหัก ได้แก่ การมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) การมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) และภาวะอกรวน (Flail Chest) (วรารวรรณ อุดมความสุข, 2566)

3.5 อาการและอาการแสดงของการบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยคือ ปวดตำแหน่งที่หักขณะหายใจเข้า หายใจเบาตื่นหรือไม่กล้าหายใจ อาจพบรอยฟกช้ำบริเวณหน้าอก กดเจ็บบริเวณที่บาดเจ็บ (Point Tenderness)

ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด จะมีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) หายใจเร็วตื่น พบมีเส้นเลือดดำที่คอโป่ง มีอาการของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ผิวหนังซีดเขียว เสียงหายใจเข้าลดลง (Decreased Breath Sound) หรือไม่ได้ยินเสียงหายใจ (Absent Breath Sound) เคาะปอดได้เสียงทึบ (Dullness) ทำให้เกิดการเคลื่อนของช่องระหว่างปอดไปด้านตรงกันข้าม (Mediastinal Shift) และเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ (วรารวรรณ อุดมความสุข, 2566)

3.6 การวินิจฉัย

3.6.1 ประวัติการได้รับบาดเจ็บและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ โดยการตรวจร่างกายอาจพบอาการแสดงของการมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด เช่น เสียงลดลงขณะฟังเสียงปอด (Decreased Breath Sound) หรือ เสียงครืดคราดปอด (Pleural Friction Rub) เป็นต้น

3.6.2 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก โดยอาจพบลักษณะของเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) ปอดแฟบ (Atelectasis) หรือลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) ในกรณีมีการบาดเจ็บของเนื้อปอดร่วมด้วย รวมทั้งอาจเห็นกระดูกซี่โครงหัก (Rib Fracture) ได้

3.6.3 การตรวจอัลตราซาวด์ช่องทรวงอก (Thoracic Ultrasound) สามารถใช้ตรวจหาของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดได้อย่างรวดเร็ว ช่วยประเมินปริมาณเลือดออกและติดตามการรักษาได้ดี

3.6.4 การเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Complete Blood Count (CBC), Blood Chemistry, Arterial Blood Gas (ABG) เพื่อประเมินสถานะของผู้ป่วยและความรุนแรงของการสูญเสียเลือด

3.6.5 การตรวจคอมพิวเตอร์สแกน (CT) ทรวงอก อาจพิจารณาทำในกรณีที่มีสงสัยมีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ในทรวงอกร่วมด้วย เช่น หัวใจ หลอดเลือดใหญ่ เป็นต้น (ประมุข มุทิตางกูร, 2563)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.7 การรักษา (วารวรรณ อุดมความสุข, 2566)

3.7.1 กระดูกซี่โครงหัก การรักษาคือการให้ยาบรรเทาปวดให้เพียงพอ ทั้งนี้ซี่โครงข้างเคียงจะทำหน้าที่ตามซี่โครงที่หักไปในตัวและซี่โครงที่หักจะติดเองโดยธรรมชาติและอาการปวดจะหายภายใน 2-3 สัปดาห์ ในกรณีที่มีการหักของกระดูกหน้าอก (Sternal Fracture) ที่มีการหักเพียงตำแหน่งเดียวและรอยแยกไม่ห่างเกิน 1 เซนติเมตร อาจให้การรักษาด้วยการ Reduction โดยให้ผู้ป่วยนอนราบกับเตียงยกศีรษะและยกขาพร้อมกันและแพทย์จะทำการกดกลางหน้าอกลง (ALBEIT Method) แต่ในผู้ป่วยที่มีรอยแยกที่ห่างควรต้องทำการ Open Reduction และทำการ Fixation ด้วยลวดหรือ Plate เพื่อลดปัญหาอาการปวดเรื้อรัง

3.7.2 ภาวะเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด การรักษาคือดูแลระบบไหลเวียนโดยให้ได้รับสารน้ำ เลือด เพื่อป้องกันภาวะช็อคจากการเสียเลือด ร่วมกับการระบายเลือดที่ออกในช่องเยื่อหุ้มปอดด้วยการใส่ท่อระบายทรวงอก หากหลังใส่ท่อระบายทรวงอก พบว่ามีเลือดออกจากท่อระบายทันที 1,500 มิลลิลิตรหรือมากกว่า หรือมีเลือดออกมากกว่า 100-200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเป็นเวลา 4-6 ชั่วโมง ต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทรวงอก (Thoracotomy) เพื่อแก้ไขจุดที่เป็นสาเหตุของเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

3.8 การพยาบาล (วารวรรณ อุดมความสุข, 2566)

3.8.1 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

3.8.1.1 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยให้การหายใจมีประสิทธิภาพและให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดย

1) จัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง (Fowler's Position) เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น

2) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

3) ประเมินการหายใจทุก 1-2 ชั่วโมง หรือตามความรุนแรงของอาการผู้ป่วย โดยเฉพาะอัตรา จังหวะ ลักษณะการหายใจ และการขยายของทรวงอกทั้งสองข้าง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (Oxygen Saturation) หากพบว่าผู้ป่วยมีการหายใจผิดปกติ ควรรีบรายงานแพทย์ และเตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจและต่อกับเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

3.8.1.2 ดูแลให้ได้รับเลือดและสารละลายทางหลอดเลือดดำทดแทน เพื่อทดแทนเลือดและปริมาณสารน้ำที่สูญเสียไปในการบาดเจ็บ

3.8.1.3 ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะในรายที่มีการสูญเสียเลือด ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเสียเลือด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ตัวเย็น เหงื่อออก สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ปริมาณของปัสสาวะน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อค ดูแลผู้ป่วยนอนในท่า Semi Fowler ยกปลายเท้าสูงเล็กน้อย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.8.1.4 ประเมินการสูญเสียเลือดที่ออกทางท่อระบาย โดยสังเกตจำนวนสี ปริมาณ ลักษณะของสารเหลวที่ออกมาทางท่อระบาย หากพบว่ามีเลือดออกมากกว่า 1,200-1,500 มิลลิลิตรในระยะเวลา 1 ชั่วโมงหรือมีมากกว่า 100-200 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 4-6 ชั่วโมง ควรรีบรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อให้การรักษาได้อย่างทันที่

3.8.1.5 ในผู้ที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ดูแลและติดตามการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในการใส่ท่อระบายทรวงอก และสามารถถอดท่อระบายทรวงอกได้เร็วที่สุด ดังนี้

1) ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกเป็นระบบปิด โดยปลายหลอดแก้วยาวควรจุ่มอยู่ในน้ำลึกประมาณ 2-2.5 ซม. และระดับน้ำในหลอดแก้วจะกระเพื่อมขึ้นลง (Fluctuation) ตามการหายใจเข้าออกของผู้ป่วยเสมอ

2) คลึง (Milking) สายยางที่ต่อกับท่อระบายทรวงอก หากตรวจพบมีลิ่มเลือดอุดตันในสายยาง เพื่อให้เลือดลิ่มแตกเป็นชิ้นเล็กๆและระบายออกได้ ไม่เกิดการอุดตันในสายยาง

3) จัดวางให้ตำแหน่งของภาชนะที่รองรับสารเหลวอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกของผู้ป่วย และจัดสายไม่ให้ห้อยย้อยมากเกินไปเพื่อให้สารเหลวสามารถระบายได้ดี

4) แนะนำการใช้คีมหนีบ (Clamp) แก่ผู้ป่วย ในกรณีขจัดรองรับสารเหลวลิ่มหรือตกแตกเพื่อป้องกันอากาศไหลเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด

5) ในกรณีที่ท่อระบายทรวงอกหลุด ให้รีบใช้ Vaseline Gauze ปิดทับและปิดด้วยผ้าก๊อซและพลาสติกให้แน่นทันที และรีบรายงานแพทย์ให้ทราบ

6) สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจ (Breathing Exercise) ทุก 2-3 ชั่วโมง เช่น การใช้ Incentive Spirometer และการบริหารข้อไหล่ (Skeletal Exercise) เพื่อช่วยให้ออกซิเจนที่ไหลเวียนเข้าสู่ปอดมีความแข็งแรงและทำหน้าที่ได้เป็นปกติ นอกจากนี้ยังป้องกันภาวะข้อติดแข็ง และทำให้ผู้ป่วยสามารถทรงตัวได้เป็นปกติ มีความสมดุลของหัวใจทั้งสองข้าง

7) เปลี่ยนขวดรองรับสารเหลว เมื่อพบว่ามีปริมาณสารเหลวในขวดจนทำให้ปลายหลอดแก้วยาวจุ่มในน้ำลึกมากกว่า 5 ซม. โดยยึดหลัก Aseptic Technique และก่อนการเปลี่ยนขวดทุกครั้งควรทำการ Clamp สายยางทุกครั้งเพื่อป้องกันอากาศไหลเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด

8) บันทึกสี ปริมาณ สารเหลวจากท่อระบายทรวงอก

3.1.8.6 ส่งเสริมการขยายตัวของปอดเพื่อการแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพดังต่อไปนี้

1) หายใจเข้า-ออกลึกๆ (Deep Breathing) เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด โดยให้ผู้ป่วยใช้มือประสานกัน/หมอน/ผ้าหนาพับประคองบริเวณทรวงอกที่บาดเจ็บ เพื่อลดการสั่นสะเทือน ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บปวดบริเวณทรวงอกมากแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมหรือกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Diaphragmatic Breathing)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2) ไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Cough) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ 1-2 ครั้ง หลังจากนั้นหลังจากหายใจเข้าให้ออกมาจากส่วนลึกของลำคอ โดยใช้มือหรือผ้าพับประคองแผลเพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ

3) หมั่นพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้ปอดขยายตัวดี เพิ่มพื้นที่การแลกเปลี่ยนก๊าซ

3.1.8.7 ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดอย่างเหมาะสม และสังเกตอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว เป็นต้น

3.1.8.8 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และจัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม เพื่อลดการรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

3.1.8.9 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่กังวลใจ และสอนวิธีผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งการเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้น เช่น หายใจเข้าออกลึกๆ ทำสมาธิ อ่านหนังสือ เป็นต้น

ผู้ศึกษาจึงใช้ความรู้ทางวิชาการตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Majorjy Gordon) ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผน ในการดูแลสุขภาพและการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

การบาดเจ็บทรวงอกเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 70-80 ของการบาดเจ็บทรวงอกทั้งหมด (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2562) ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการบาดเจ็บทรวงอก มีรายงานอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 2-5 ของผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกทั้งหมด (ธีรวัฒน์ ธีรบุญภูมิ, 2561) ซึ่งเกิดจากการมีเลือดสะสมในช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มปอดชั้นในและชั้นนอก ส่งผลให้เกิดการกดเบียดปอด ผู้ป่วยมักมีอาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก และอาจมีภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดปริมาณมาก หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจเสียชีวิตได้ (สุรศักดิ์ สิลลาอุดมลิขิ, 2562)

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก ที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด มีความสำคัญและท้าทายอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลผู้ดูแล เนื่องจากต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ เพื่อให้สามารถประเมินอาการ วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว ให้การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการและแก้ไขภาวะวิกฤต รวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา (วารภรณ์ ไชยเจริญ, 2560)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งเข้ารับการรักษานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และได้นำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

4.2 วัตถุประสงค์

4.2.1 เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

4.2.2 เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การพยาบาล แนวทางการรักษา เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อนำแนวความรู้ที่ได้รับไปพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก ที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

4.4 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.4.1 เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 รายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

4.4.2 รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

4.4.3 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีและแผนการรักษาของแพทย์

4.4.4 ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อสารสนเทศ ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าพยาบาล และผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.4.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

4.4.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

4.4.7 สรุปการปฏิบัติการพยาบาล

4.4.8 รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี

4.4.9 เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

4.5 สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 55 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว รับส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่นราม มาด้วยอาการสำคัญ เจ็บหน้าอกข้างขวา 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง จากนั้นมีเจ็บหน้าอกข้างขวา ปวดไหล่ข้างขวา ผลตรวจรังสีทรวงอกพบภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด เจ็บหน้าอกขณะหายใจได้รับยาแก้ปวดไม่ดีขึ้น จึงส่งต่อมาที่โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อใส่สายระบายทรวงอก

เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ แรกรับผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ทำตามคำสั่งได้ ใส่สายออกซิเจนทางจมูก (Oxygen Cannula 3 Lpm) ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 50 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 169/96 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 99 % ผลตรวจรังสีทรวงอกพบ กระดูกสะบักขวาหักแบบปิด (Closed Fracture Right Scapula) กระดูกไหปลาร้าขวาหักแบบปิด (Closed Fracture Right Clavicle) และกระดูกซี่โครงขวาหักแบบปิด ซี่ที่ 2-9 (Closed Fracture Right Rib 2nd-9th) ใส่สายระบายทรวงอกข้างขวาได้เลือด 250 มิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัย Right Hemopneumothorax ผู้ป่วยบนเจ็บหน้าอก ระดับปวด (Pain Score) 6 คะแนน ตรวจร่างกายพบ Tender at Right Middle Clavicle เลือดออกทางสายระบายทรวงอก 450 มิลลิลิตร ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดบริเวณทรวงอกและหลอดเลือดแดงใหญ่ (CTA thoracic aorta) เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา และไม่พบก้อนเลือดในช่องระหว่างปอด (Right Hemopneumothorax, No Mediastinal Hematoma) ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้ 1) การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเกิดจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้มเอง 2) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร รับประทานอาหาร 3 มื้อและดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารแรกรับ 3) การขับถ่าย ขณะอยู่โรงพยาบาล ปัสสาวะวันละ 3 – 4 ครั้ง 4) กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย ขณะอยู่โรงพยาบาลจำกัดกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง 5) การพักผ่อนนอนหลับ นอนไม่หลับเนื่องจากเจ็บหน้าอก 6) สถิติปัญหาและการรับรู้ รับรู้วันเวลา สถานที่ ได้ยินปกติ ไม่มีความผิดปกติด้านการสัมผัสและการไต่กลิ่น 7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย รับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเกิดจากความเจ็บป่วย 8) บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว มีบุตร 1 คน ภรรยาเป็นคนอยู่เฝ้าขณะนอน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

โรงพยาบาล 9) เพศและการเจริญพันธุ์ ลักษณะอวัยวะเพศปกติ ฟังพอใจในเพศของตนเอง 10) การปรับตัว และการเผชิญความเครียด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ และ 11) คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยเชื่อในแผนการรักษาปัจจุบัน วางแผนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะรักษา และระยะวางแผนจำหน่าย สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

ระยะแรกเริ่ม 1) เสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจากเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดจากการบาดเจ็บทรวงอก ข้อมูลสนับสนุน กระจกสะบักขวาหักแบบปิด กระจกไหปลาร้าขวาหักแบบปิด และกระดูกซี่โครงขวาหักแบบปิด ซี่ที่ 2-9 เลือดออกทางสายระบายทรวงอก 450 มิลลิลิตร CTA thoracic aorta พบเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา การพยาบาลที่สำคัญ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนอย่างเพียงพอ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1000 ml Vein Drip 80 ml/hr. ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง จัดบันทึกการเสียเลือดและสารน้ำเข้าออกในร่างกายอย่างละเอียด ประเมินการสูญเสียเลือดที่ออกทางสายระบายทรวงอก เฝ้าระวังอาการเตือนของภาวะช็อกได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว บัสสาวะออกน้อย Capillary Refill Time > 2 วินาที ตัวเย็น เป็นต้น หลังให้การพยาบาลหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก เนื่องจากเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดจากการบาดเจ็บทรวงอก สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 - 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 - 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/91 - 140/78 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 100% ไม่มีอาการและอาการแสดงจากปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลง ระดับความรู้สึกตัวปกติ ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ Capillary Refill Time 2 วินาที ปลายมือเท้าอุ่น บัสสาวะออก 500 - 660 ml/8 hr. 2) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า “วิตกกังวลกลัวว่าตนเองจะเป็นอะไรไป” ญาติบอกว่า “กังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะหายใจไม่ได้” การพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ข้อสงสัยและตอบคำถาม ให้คำปรึกษาวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและญาติหาทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยการปรับที่จิตใจซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีในตนเอง หลังให้การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลง จัดการความวิตกกังวลโดยการพูดคุยกับญาติเพียงข้างๆที่รักษาหายกลับบ้าน

ระยะรักษา 1) มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดจากการบาดเจ็บทรวงอก ข้อมูลสนับสนุน กระจกซี่โครงขวาหักแบบปิด ซี่ที่ 2-9 CTA thoracic aorta พบเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวา เลือดออกทางสายระบายทรวงอก 450 มิลลิลิตร ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน < 94% อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงลมเข้าปอดข้างขวาเบากว่าข้างซ้าย การขยายตัวของหน้าอกทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน การพยาบาลที่สำคัญ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ใส่สายออกซิเจนทางจมูก (Oxygen Cannula 3 Lpm) จัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง (Fowler's Position) เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น ประเมินการหายใจทุก 1-2 ชั่วโมง ดูแลการทำงานของสายระบายทรวงอกให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ หลังให้การพยาบาล ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยหายใจได้ดี ไม่บ่นเจ็บหน้าอก แพทย์พิจารณาถอดสายระบายทรวงอก ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ไม่บ่นเจ็บหน้าอก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2) ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บหน้าอก ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบ่นเจ็บหน้าอก ระดับปวด (Pain Score) 6 คะแนน การพยาบาลที่สำคัญ ดูแลให้ได้รับยา Morphine 3 mg Vein Every 4 hr. ตามแผนการรักษา หลังได้รับยาผู้ป่วยยังมีเจ็บหน้าอก ระดับปวด (Pain Score) 4 - 6 คะแนน ดูแลให้ได้รับยา Morphine 20 mg + 5%DW 100 ml Vein Drip 20 ml/hr. ตามแผนการรักษา ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจขณะบริหารการหายใจ เช่น ให้ผู้ป่วยฟังเพลงที่ผ่อนคลาย นับเลขในใจ หรือจินตนาการถึงสิ่งที่สงบและสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและจัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมเพื่อลดการรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่บ่นเจ็บหน้าอก หายใจสม่ำเสมอ ระดับปวด (Pain Score) 0 คะแนน 3) เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน ความดันโลหิต 253/173 มิลลิเมตรปรอท การพยาบาลที่สำคัญ ดูแลให้ได้รับยา Hydralazine (25) 2 Tab Oral Stat และ Nicardipine (1:5) Vein Drip 5 ml/hr. เผื่อระวังอันตรายจากความดันโลหิตสูงได้แก่ ชัก ชี้น สับสน เป็นต้น หลังให้การพยาบาล ความดันโลหิต 137/72 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีชัก ชี้น สับสน เป็นต้น

ระยะวางแผนจำหน่าย 1) ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพปอด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการเคลื่อนไหวทรวงอกในการหายใจลึกหรือไอได้ การพยาบาลที่สำคัญ ส่งเสริมการขยายตัวของปอดเพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจ (Breathing Exercise) ทุก 2-3 ชั่วโมง สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Cough) หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยหายใจได้อย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ไม่มีการดิ่งรั้งของกระดูกชายโครง

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด สามารถดำเนินการตามหลัก D-METHOD ซึ่งประกอบด้วย D-Disease, M-Medication, E-Environment, T-Treatment, H-Health, O-Out Patient Refer และ D-Diet (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2563) ดังนี้

D - Disease ให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่เป็น อธิบายสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงของการบาดเจ็บทรวงอกและการมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด แนะนำวิธีสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอกมากขึ้น หายใจลำบาก ไข้สูง และวิธีปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ

M - Medication แนะนำให้ทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ลืมรับประทานยา ไม่หยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

E - Environment จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีฝุ่นละออง คิววัน หรือสิ่งกระตุ้นเพื่อป้องกันการระคายเคืองทางเดินหายใจ

T - Treatment แนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการและการรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมสังเกตแผล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

H-Health แนะนำวิธีการบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อกระตุ้นการขยายตัวของปอดและการขับเสมหะ ให้คำแนะนำการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ค่อยๆเพิ่มระดับตามความสามารถ และงดสูบบุหรี่

Out Patient Referral ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชนที่จะช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านได้

D – Diet แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โปรตีนสูง ให้พลังงานเพียงพอต่อการฟื้นฟูร่างกาย

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาลของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลและแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจแล้วแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาล 5 วัน แพทย์นัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

5.1.1 มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด จำนวน 1 เรื่อง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

5.2.2 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และพึงพอใจต่อการดูแลตนเองของทีมนุรุษภาพ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

6.2 เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดในรายอื่นๆ อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

6.3 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการเจ็บปวดที่หน้าอกระดับรุนแรง ระดับปวด (Pain Score) 6 คะแนน และควบคุมความปวดในระยะแรกไม่ได้ ผู้ป่วยได้รับยา Morphine 3 mg Vein Every 4 hr. ผู้ป่วยยังมีเจ็บหน้าอก ระดับปวด (Pain Score) 4 - 6 คะแนน พยาบาลจำเป็นต้องประเมินอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอ และวางแผนจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาแก้ปวดจากให้ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมงเป็นให้ทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง Morphine 20 mg + 5%DW 100 ml Vein Drip 20 ml/hr. และเริ่มสอนการบริหารการหายใจในวันที่ 2 ของการรักษา เพื่อบรรเทาอาการปวดและส่งเสริมความสบายแก่ผู้ป่วย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดที่ทร่วงอกทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการเคลื่อนไหวทร่วงอกในการหายใจลึกหรือไอได้ ผู้ป่วยจึงพยายามหายใจตื้นและเร็วเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ให้ความร่วมมือในการฝึกบริหารการหายใจน้อย พยาบาลจึงใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจขณะบริหารการหายใจ เช่น ให้ผู้ป่วยฟังเพลงที่ผ่อนคลาย นับเลขในใจ หรือจินตนาการถึงสิ่งที่สงบและสบาย เพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวดและเพิ่มความผ่อนคลายขณะบริหารการหายใจ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทร่วงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนก่อนจำหน่าย

9.2 พยาบาลควรเน้นการสอน ฝึกการบริหารการหายใจผู้ป่วยบาดเจ็บทร่วงอกที่ใส่สายระบายทร่วงอก

9.3 พัฒนาการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บทร่วงอกที่มีภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวกิริติญา พันตาเอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน สัดส่วนของผลงาน 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กิริติญา พันตาเอก

(นางสาวกิริติญา พันตาเอก)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกิริติญา พันตาเอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กิริติญา พันตาเอก.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวอรไท โปริไชยแสน)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

(วันที่) 24 / ก.พ. / 2568

(ลงชื่อ) 

(นางสาวจิวราตี ชุมศรี)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 2

(วันที่) / /

(ลงชื่อ) 

(นางพินรัฐ จอมเพชร)

(.....)
พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 14 / ส.ค. / 2568

(ลงชื่อ) 

(นางรุจิราลักษ์ พรหมเมือง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) 28 มี.ค. 2568
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการบริหารการหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่สายระบายทรวงอก
2. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บทรวงอกจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกมักมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด และภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ (Unsworth et al., 2015) การใส่สายระบายทรวงอกเป็นหัตถการสำคัญที่ช่วยระบายลมหรือเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด ช่วยให้ปอดสามารถขยายตัวได้เต็มที่ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ (Kwiat et al., 2014)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่สายระบายทรวงอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารการหายใจช่วยให้การขับเสมหะและสิ่งคัดหลั่งในทางเดินหายใจทำได้ดีขึ้น เพิ่มการขยายตัวของปอด ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ และช่วยเร่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดภายหลังการบาดเจ็บ (Battaglini et al., 2020) อย่างไรก็ตามการสอนการบริหารการหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก มีความท้าทาย เนื่องจากผู้ป่วยมีความเจ็บปวดที่รุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ และมีความวิตกกังวลสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือและไม่สามารถปฏิบัติตามการบริหารการหายใจได้อย่างถูกต้อง การบริหารการหายใจที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่สายระบายทรวงอก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Bouwman et al., 2015)

ดังนั้นผู้เสนอ จึงได้พัฒนาแนวทางการบริหารการหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก ที่ใส่สายระบายทรวงอก เป็นคู่มือที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การจัดการความปวด การเลือกทำบริหารการหายใจที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ช่วยบริหารการหายใจ การประเมินผลลัพธ์ และการให้ความรู้และคำแนะนำที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีคุณภาพ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบาดเจ็บทรวงอกจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยเฉพาะภาวะลมรั่วและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่สายระบายทรวงอกเพื่อระบายลมหรือเลือดออกจากช่องปอด แต่การใส่สายระบายทรวงอกนั้นก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมาก ส่งผลกระทบต่อการขยายตัวของปอดและการหายใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลต่อภาวะการบาดเจ็บและความไม่แน่นอนของการรักษา จึงขาดความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการจัดการตนเอง การมีแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน

จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 แนวความคิด

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) อธิบายว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีลักษณะทางกายภาพ สังคม จิตใจ มีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ซึ่งเป็นพลังภายในที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตามความต้องการการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) 3 ระดับ ได้แก่ Universal Self-Care Requisites, Developmental Self-Care Requisites และ Health Deviation Self-Care Requisites การปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายการพยาบาลคือช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ในการพัฒนาแนวทางการบริหารการหายใจ ดังนี้ 1) ประเมินความต้องการการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) ทั้ง 3 ระดับ ของผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวคิดของโอเร็ม 2) กำหนดวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย (Nursing System) ตามความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น ระบบพยาบาลทั้งหมด (Wholly Compensatory) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ระบบพยาบาลบางส่วน (Partly Compensatory) เมื่อผู้ป่วยทำได้เพียงบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้การศึกษ (Supportive-Educative) เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ แต่ต้องการความรู้หรือทักษะเพิ่มเติม ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) และออกแบบกิจกรรมการพยาบาล (Self-Care Demand) ที่สอดคล้อง เช่น สอนและสาธิตวิธีบริหารการหายใจที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน และติดตามประเมินผล ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ

3.3 ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกมักมีอาการปวดและมีข้อจำกัดทางร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรม ลดแรงจูงใจในการบริหารการหายใจ การพยาบาลจึงต้องครอบคลุมความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 1) จัดการความปวด 2) ประเมินความพร้อมก่อนสอน 3) ใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เน้นสาธิต 4) ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม 5) ติดตามประเมินผลและปรับแผนตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น

3.4 แนวทางแก้ไข

ดังนั้นผู้เสนอจึงได้พัฒนาแนวทางการบริหารการหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่สายระบายทรวงอก เป็นคู่มือที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การจัดการความปวด การเลือกทำบริหารการหายใจที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ช่วยบริหารการหายใจ การประเมินผลลัพธ์ และการให้ความรู้และคำแนะนำที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลไปในทางเดียวกัน มีมาตรฐานทางการพยาบาล

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 หน่วยงานมีแนวทางการบริหารการหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่สายระบายทรวงอก มีคู่มือสามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมเป็นไปในทางเดียวกันสำหรับพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

4.2 สามารถใช้คู่มือเป็นสื่อการสอนนิเทศการบริหารการหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่สายระบายทรวงอก

4.3 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 อัตราพยาบาลวิชาชีพมีการนำแนวทางการบริหารการหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่สายระบายทรวงอกมาใช้ได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 100

5.2 อัตราพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริหารการหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่สายระบายทรวงอก ร้อยละ 100

5.3 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการ มากกว่าร้อยละ 90

(ลงชื่อ)*กัญญา*.....*พินตาเอก*

(นางสาวกัญญา พินตาเอก)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตโรคแบคทีเรียกินเนื้อร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 13 มีนาคม 2567 – 31 สิงหาคม 2567
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ศึกษา

โรคแบคทีเรียกินเนื้อ (necrotizing fasciitis)

โรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis) เป็นการติดเชื้อแบคทีเรียของผิวหนังที่มีความรุนแรงที่ผิวหนังชั้น ลึก ตั้งแต่ชั้นหนังกำพวด ชั้นหนังแท้ ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ไปจนถึงชั้นเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อทำให้เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อบริเวณที่เกิดการติดเชื้อและอาจลุกลามไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาด้วยการตัดอวัยวะและเสียชีวิตได้

อาการและอาการแสดง

อาการส่วนมากมักเกิดขึ้นทันทีหลังมีบาดแผลและอาการสามารถลุกลามได้อย่างรวดเร็วภายใน 24-36 ชั่วโมง โดยอาการปวดมักจะเลวร้ายลงผิดกับขนาดบาดแผลบริเวณที่มีการติดเชื้อจะมีลักษณะคือผิวหนังมีสีแดง บวม ร้อน ผู้ป่วยมักมีอาการไข้หนาวสั่น และมีลักษณะของการติดเชื้อที่รุนแรง เช่น ไข้สูง ความดันโลหิตลดต่ำลงจนถึงอาจมีภาวะช็อคเมื่อมีการลุกลามมากขึ้นจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลวและเสียชีวิตได้ในที่สุด

การวินิจฉัยและการรักษา

การวินิจฉัยที่สำคัญสำหรับโรคแบคทีเรียกินเนื้อ คือ การผ่าตัด โดยจะพบว่าเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ บริเวณนั้นมีการติดเชื้ออย่างรุนแรงหรือมีการเน่าตายของเนื้อเยื่ออย่างมาก พบหนองสีขุ่นคล้ำ (dishwasher discharge) เลือดไม่ค่อยไหล และเนื้อเยื่อแยกจากกันได้ง่าย นอกจากนี้ควรตัดชิ้นเนื้อส่งเพาะเชื้อเพื่อหาเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรค และวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ เช่น โรคเส้นเลือดอักเสบรุนแรงที่อาจทำให้เกิดเนื้อตายได้เช่นกัน สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อาจช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ เม็ดเลือดขาวสูง เลือดมีความเป็นกรด โปรตีนในเลือดต่ำ เกลือแร่โซเดียมต่ำ ตัวชี้วัดระดับการอักเสบมีค่าสูงผิดปกติ เป็นต้น นอกจากนี้การตรวจทางรังสีวิทยาที่อาจนำมาช่วยประกอบการวินิจฉัยโรคแบคทีเรียกินเนื้อคือการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging, MRI) ซึ่งจะช่วยบอกขอบเขตการลุกลามของการติดเชื้อในชั้นไขมันใต้ผิวหนัง และเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อได้ชัดเจน แต่ในปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำสำหรับการตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อการวินิจฉัยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่ชัดเจน

การรักษา

การวินิจฉัยโรคให้เร็วและผ่าตัดเพื่อเอาเนื้อเยื่อที่มีการติดเชื้อหรือเนื้อเยื่อที่เน่าตายออก (surgical debridement) ให้มากที่สุด ร่วมกับการให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำโดยหลักการเลือกยาต้านจุลชีพคือในระยะแรกควรให้ยาที่ครอบคลุมเชื้อที่อาจเป็นสาเหตุให้มากที่สุด (empirical treatment) หลังจากนั้นเมื่อได้ผลเพาะเชื้อแล้วจึงปรับเปลี่ยนยาต้านจุลชีพตามผลเพาะเชื้อให้เหมาะสม ในผู้ป่วยบางรายที่มีการติดเชื้ออย่างรุนแรงอาจมีความจำเป็นต้องตัดอวัยวะนั้นร่วมด้วย

ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และตับแข็ง และกลุ่มเกษตรกรและชาวนา พบจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคม ซึ่งเป็นช่วงต้นของฤดูการเพาะปลูกในประเทศไทย ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะกิจกรรมของผู้ประกอบอาชีพเกษตรกร อาจเพิ่มโอกาสเกิดบาดแผลที่ผิวหนัง เช่น จากการบาดเจ็บ (Trauma) อันเนื่องมาจากการทำงาน หรือจากการสัมผัสสารเคมีฆ่าวัชพืชบางชนิดที่มีฤทธิ์ระคายเคืองผิวหนัง นอกจากนี้บาดแผลที่เกิดขึ้นขณะทำเกษตรกรรมมักเป็นแผลที่ไม่สะอาด มีเชื้อแบคทีเรียจำนวนมากและหากเกิดขึ้นในกลุ่มเสี่ยงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้การดำเนินของโรคมีความรวดเร็วและรุนแรงมากยิ่งขึ้น สาเหตุของโรคนั้นเกิดจากแบคทีเรียได้หลายชนิดซึ่งแบคทีเรียบางชนิดเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อที่พบได้ในคนอยู่แล้ว เช่น เชื้อแบคทีเรียชนิด กรู๊ปเอ สเตรปโตคอคคัส (Group A - beta-hemolytic streptococcus) บริเวณที่ติดเชื้อจะมีลักษณะคือ ผิวหนังมีสีแดง บวม ร้อน ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ หนาวสั่น และมีลักษณะของการติดเชื้อที่รุนแรง เช่น ไข้สูง ความดันโลหิตต่ำลง เมื่อมีการลุกลามมากขึ้นทำให้การทำงานของอวัยวะล้มเหลวและเสียชีวิตได้ในที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความพิการสูญเสียได้ตั้งแต่ร้อยละ 12-83 และ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 34

จากสถานการณ์ดังกล่าวพยาบาลได้เล็งเห็นปัญหาของระบบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อเนื่องจากขาดแนวปฏิบัติในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยหนักซึ่งมีกระบวนการดูแลที่ยุ่งยาก ซับซ้อนทำให้ประเมินผู้ป่วยได้ล่าช้า โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมช่วยลดอัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและเกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาล

3.2 แนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

3.2.1 แนวคิดการใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ

ร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

3.2.1.1 การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพ

3.2.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

3.2.1.3 การวางแผนการพยาบาล

3.2.1.4 การใช้แผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ

3.2.1.5 การประเมินผลการพยาบาล

3.2.2 แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามกรอบการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แนวทางการวินิจฉัยการพยาบาล นำไปใช้ในการวินิจฉัยการพยาบาลได้ ที่ง่ายที่สุดในปัจจุบัน ทำให้เข้าใจปัญหาสุขภาพก่อนให้การพยาบาล ได้สอดคล้องและกลมกลืนกันเพราะกล่าวถึง การทำหน้าที่การทำงานของบุคคล เพราะแบบแผนสุขภาพมองบุคคลเป็นองค์รวมทั้งกาย จิตและสังคมที่เน้น ความสุขสำเร็จกาย จิต วิญญาณ ซึ่งแบบแผนสุขภาพมีทั้งหมด 11 แบบแผน มีดังนี้

3.2.2.1 แบบแผนการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (health perception health management pattern) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ของคนและการจัดการสุขภาพตนเอง ภาวะสุขภาพ กิจกรรมและแผนในอนาคตและการจัดการกับความเสี่งและพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

3.2.2.2 แบบแผนภาวะโภชนาการและการเผาผลาญของร่างกาย (nutritional metabolic pattern) รวมถึงแบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำที่สัมพันธ์กับความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลและลักษณะอาหารที่บริโภคซึ่งครอบคลุมปริมาณอาหารและน้ำที่ได้รับ

3.2.2.3 แบบแผนการจัดของเสียออกจากร่างกาย (elimination pattern) รวมถึงการรับรู้ของคน เกี่ยวกับการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ การขับเหงื่อ การใช้ยาระบาย การเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่าย วิธีการขับถ่าย และการปฏิบัติเพื่อควบคุมการขับถ่าย

3.2.2.4 แบบแผนการมีกิจกรรมและการ ออกกำลังกาย (activity exercise pattern) เป็นกิจกรรม นันทนาการ การพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้พลังงาน เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัย ตลอดจนปัจจัย ที่มีผลต่อการออกกำลังกาย

3.2.2.5 แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ (sleep rest pattern) รวมถึงแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับใน 24 ชั่วโมง การรับรู้เกี่ยวกับปริมาณคุณภาพการนอนหลับ การรับรู้เกี่ยวกับปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ ความรู้สึกมีพลัง การใช้ยาหรืออื่นๆเพื่อช่วยในการนอนหลับ

3.2.2.6 แบบแผนการรับรู้ความรู้สึกและการใช้สติปัญญา (cognitive perception pattern) บอถึง ประสาทสัมผัส การรับรู้ กระบวนการคิดและสติปัญญา รวมถึงการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การดมกลิ่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ความเจ็บปวด ภาษา ความจำ การตัดสินใจ การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่

3.2.2.7 แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (self-perception self-conception pattern) ครอบคลุมอัตมโนทัศน์ การรับรู้ตนเอง เจตคติเกี่ยวกับตนเองข้อดี ข้อด้อย การรับรู้ความสามารถของตนเอง สังคม และสติปัญญา ภาพลักษณ์ เอกลักษณ์ คุณค่า อารมณ์ ท่าทาง การเคลื่อนไหว การสบตา น้ำเสียง ภาษาคำพูด รวมถึงการทำร้ายตนเอง

3.2.2.8 แบบแผนบทบาทและความสัมพันธ์ (role relationship pattern) บอถึงบทบาท ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ในบทบาท ความรับผิดชอบในปัจจุบัน ความพอใจ ไม่พอใจ จากปัญหา ครอบครัวนหน้าที่การงาน และความสัมพันธ์ในสังคม

3.2.2.9 แบบแผนภาวะทางเพศและการเจริญพันธุ์ (sexuality reproductive pattern) บอกถึงความพอใจไม่พอใจในเพศสัมพันธ์ รวมถึงการเจริญพันธุ์ ระยะพัฒนาการทางเพศ ปัญหาการเบี่ยงเบนทางเพศ ประวัติครอบครัว สถานภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการใช้ยาทางจิตเวช

3.2.2.10 แบบแผนการจัดการและการทนต่อความเครียด (coping stress tolerance pattern) รวมถึงประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด การรักษาดุลยภาพความมั่นคงส่วนตน การจัดการความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่มีปัญหา อุปนิสัย อารมณ์

3.2.2.11 แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (value belief pattern) รวมถึงคุณค่า ความหมาย ความเชื่อ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกทิศทางการดำเนินชีวิต การรับรู้สิ่งสูงสุดที่มีความสำคัญต่อ คุณภาพชีวิตและสุขภาพ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

โรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียของเนื้อเยื่ออ่อนที่ทำให้ผิวหนังทำลายไปถึงไขมันใต้ผิวหนัง ฟังสิด และกล้ามเนื้อ เป็นโรคที่พบไม่บ่อย แต่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมาก ถ้าหากรักษาไม่ทัน การติดเชื้อส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อหลายชนิดร่วมกัน (Polymicrobial infection) เชื้อแบคทีเรียก่อโรค อาจจะมีทั้งชนิดที่ใช้ออกซิเจน (Aerobic bacteria) และไมใช้ออกซิเจน (Anaerobic bacteria) แต่ในบางครั้งก็พบว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงชนิดเดียว (Monomicrobial infection) โดยแบคทีเรียที่พบเป็นสาเหตุหลักคือเชื้อ Group A Streptococcus เมื่อเชื้อเข้าสู่เนื้อเยื่อโดยผ่านทางแผลที่ผิวหนัง จะเจริญอย่างรวดเร็วและหลังสารพิษไปกระตุ้นกระบวนการอักเสบของร่างกายและก่อให้เกิดการขาดเลือดของผิวหนัง และเนื้อเยื่ออ่อนใต้ผิวหนังทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นไม่พอ ส่งผลให้มีการตายของเนื้อเยื่ออ่อนเป็นบริเวณกว้าง แล้วนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดและลุกลามไปทั่วร่างกาย

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิมิมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคแบคทีเรียกินเนื้อในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 ในระหว่างปีพ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 จำนวน 46, 50, 29 ตามลำดับ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วและผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที่สามารถที่จะลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการตัดแขน ตัดขาของผู้ป่วยได้ ซึ่งการวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วและการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที่เป็นหัวใจของการรักษาของโรคนี้และเป็นปัจจัยสำคัญที่สำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โรคแบคทีเรียกินเนื้อร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมากจึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการดูแลรักษาพยาบาลและลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อต่อไปในอนาคต

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 คัดเลือกผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลขอนแก่น

4.2.2 ศึกษาสาเหตุ ปัจจัย การรักษา การให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อให้ครอบคลุมแบบองค์รวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์

4.2.3 รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต

4.2.4 วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติ

4.2.5 ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อตามหลักกระบวนการพยาบาล

4.2.6 การประเมินผลและทบทวนระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

4.2.7 สรุปผลการดำเนินงาน

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อได้รับการคัดกรอง ประเมินแรงแบบการดูแลรักษาพยาบาลได้ถูกต้องและรวดเร็ว

4.3.2 บุคลากรในหน่วยงานและผู้สนใจได้นำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

4.3.3 เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการทางการพยาบาล ทัศนศึกษาผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

กรณีศึกษารายนี้ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มาด้วยอาการหอบเหนื่อย แขนขาบวมแดง ปวด ร่วมกับมีไข้ ไม่มีประวัติ Truma ไป รพช. นึกถึงภาวะผิวหนังอักเสบ ให้การรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและต่อมามีความดันโลหิตต่ำจึงได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต และส่งต่อมาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งมีโรคประจำตัวคือ โรคจิตเภท ไม่มีประวัติผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

เมื่อแกร็บที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้เรื่อง ตื่นดี หายใจโดยใช้ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ และได้ย้ายเข้ารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ จึงได้รับสารน้ำและยากระตุ้นความดัน (Levophed) ตามแผนการรักษา และมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้รับยา KCL ตามแผนการรักษา หลังจากนั้นได้เข้าห้องผ่าตัดเพื่อทำการผ่าตัดเนื้อเยื่อที่ตายแล้วและสิ่งแปลกปลอมออกจากแผล หลังจากกลับมาจากผ่าตัดแผลที่เท้ายังมีเนื้อตาย แพทย์จึงทำการผ่าตัดรอบที่ 2

ผู้ป่วยได้รับการรักษา ติดตามและประเมินสัญญาณชีพจนมีอาการคงที่ เมื่อผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี จึงได้หย่าและถอดเครื่องช่วยหายใจ สวมออกซิเจนแบบหน้ากาก (o₂ mask with bag) ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ไม่สุขสบาย ตื่นไปมา ผุดลุกผุดนั่ง จะลงจากเตียงเนื่องจากผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อาการนี้มักเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยดูแลอธิบายให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความกลัว ดูแลจัดการความปวดและจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการนอนหลับอย่างเพียงพอและลดภาวะสับสน เมื่อติดตามและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และสัญญาณชีพคงที่ แพทย์ประเมินและตรวจเยี่ยมอาการของผู้ป่วยสามารถย้ายลงที่ตึกสามัญได้ จึงได้ย้ายไปรักษาต่อที่ตึกศัลยกรรมชาย ศึกษากรณีศึกษาได้ให้การดูแลและติดตามผู้ป่วยพบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 9 ข้อ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะช็อคเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและเจ็บป่วยวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 พร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 9 ญาติมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วย

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อค ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5.2.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล

5.2.3 ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการให้บริการทางการพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 บุคลากรในหน่วยงานและผู้สนใจได้นำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

6.2 หน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อค

6.3 เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการทางการพยาบาล กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี มีอัตราการเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องจะก่อให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่ออย่างรุนแรงหากมีการกระจายในเนื้อเยื่อมากๆ จะทำให้เกิดพิษต่อระบบต่างๆ ของร่างกายและทำให้เสียชีวิตได้บทบาทของพยาบาลในระยะวิกฤต มีการเฝ้าระวังและประเมินภาวะช็อค ภาวะหายใจล้มเหลวอย่างรวดเร็ว การดูแลบาดแผล รวมถึงการประสานงานกับทีมแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาเป็นไปด้วยความราบรื่นและต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ซับซ้อน ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤตในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ อย่างเพียงพอ ทั้งโรคที่ผู้ป่วยเป็นสาเหตุของการเกิดโรค การรักษาของแพทย์และการพยาบาล รวมทั้งเหตุผลในการให้การพยาบาล เนื่องจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อเกิดขึ้นทันทีทันใดและผู้ป่วยอาจมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ดังนั้น อาจเป็นการยากที่ญาติของผู้ป่วยจะสามารถทำใจยอมรับกับภาวะฉุกเฉินได้ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจ ยอมรับ การเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยรายนี้คือพยาธิสรีรวิทยาของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ส่งผลให้ระบบการหายใจล้มเหลว ทำให้การประเมินและการเฝ้าระวังผู้ป่วยในภาวะนี้มีความซับซ้อนมากขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้มีความรู้ในการประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อโดยการใช้ SOS score หรือ SOFA ในการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

9.2 พยาบาลต้องให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาหาความรู้ที่ทันสมัย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาล

9.3 ควรมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวอรรรณ แท้สูงเนิน สัดส่วนของผลงาน 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) อารรณ แท้สูงเนิน

(นางสาวอรรรณ แท้สูงเนิน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ


(วันที่) ... 4 / สิงหาคม / 2564

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอรรณณ แท้สูงเนิน	อรรณณ แท้สูงเนิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(.....(น.ส.ศศิอมราช ส่งเสริมเทศ).....)

(ตำแหน่ง)...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....
(วันที่) 4 / มี.ค. / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(.....(นางยุรดา รันบุญสอย).....)

(ตำแหน่ง)...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....
(วันที่) 7 / มี.ค. / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(.....(นางทินรัฐ จอมเพชร).....)

(ตำแหน่ง)...พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
(วันที่) 14 / มี.ค. / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(.....(นางรุจิราลักษ์ พรหมเมือง).....)

(ตำแหน่ง)..... นายแพทย์เชี่ยวชาญ
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) 28 มี.ค. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis with septic shock)

2. หลักการและเหตุผล

โรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis) เป็นการอักเสบติดเชื้อเนื้อเยื่ออ่อนระดับรุนแรง บริเวณผิวหนัง (dermis) ในชั้นไขมันผิวหนัง (subcutaneous) อาจลึกถึงระดับชั้นผังพืด (fascia) หรือกล้ามเนื้อ(muscle) มีอัตราการตายและพิการสูงโรคแบคทีเรียกินเนื้อพบไม่บ่อยแต่มีความรุนแรงมากสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งอาจเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงชนิดเดียวหรือหลายชนิดร่วมกัน การติดเชื้อนี้มักพบในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันไม่ดีหรือมีโรคเรื้อรังแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ เชื้อสเตรปโตค็อกคัสกลุ่มเอ (Group A Streptococcus) ในระยะแรกของการติดเชื้อเริ่มจากมีก้อนซึ่งเจ็บขึ้นที่ผิวหนัง ปวด บวม แดง ร้อนที่ผิวหนังอย่างรวดเร็ว มีอาการปวดแสบ/ชา หรือบริเวณที่เป็นโรคภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา คือการช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เบาหวาน และภาวะไตวาย

โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคแบคทีเรียกินเนื้อ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ส่งผลทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมิน ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทันเวลา มีโอกาสเกิดอวัยวะสำคัญล้มเหลว และมีอัตราการตายสูง ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเต็มศักยภาพ ย่อมส่งผลผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างปลอดภัยในระยะวิกฤต ลดระยะเวลาการนอนและลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและของโรงพยาบาลรวมทั้งมีการปรับปรุงและพัฒนาให้แนวปฏิบัติการพยาบาลนั้นมีความทันสมัยอยู่เสมอเหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกสภาวะ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อจากสถานการณ์ดังกล่าวพยาบาลได้สังเกตเห็นปัญหาของระบบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อเนื่องจากพยาบาลมีการปฏิบัติที่แตกต่าง หลากหลายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของพยาธิสรีระวิทยา การดำเนินของโรค การรักษาทักษะทางการพยาบาลต่างๆที่เชี่ยวชาญ การแก้ไขภาวะช็อก การใช้เครื่องช่วยหายใจ การทำความสะอาดแผล ผู้ป่วยบางรายได้รับการประเมินแรกรับล่าช้าการเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง การให้ยาปฏิชีวนะและการปรึกษาศัลยแพทย์ล่าช้า ทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจเรื่องโรคและแผนการดูแลรักษา ประกอบกับกลัวความเจ็บปวดภายหลังการตัดเนื้อตายออกจึงปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัดส่งผลทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องเสียชีวิต ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการ

ตาย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติของชีวิต ลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

แนวความคิด

ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของชะธินยา ศรีแก้ว (2564) ที่ได้นำกรอบแนวคิดของวงจรเดมมิ่ง(Plan-Do-Study-Action: PDSA) มาเป็นกรอบในการพัฒนา โดยใช้ประเด็นปัญหาที่ได้จากการทบทวน สถิติผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียนมาใช้ในการวางแผนดำเนินงาน มีการดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ปรับแนวทางปฏิบัติจนเหมาะสมกับสภาพการปฏิบัติงานจริงและติดตามประเมินผลเพื่อให้กระบวนการวิจัยและพัฒนาไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียกเก็บเงินที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนดำเนินการ (Plan) กับทีมสุขภาพได้แก่ แพทย์เภสัชกร และพยาบาล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียกเก็บเงินที่มีการติดเชื้อจากการติดเชื้อ และทดลองใช้โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย(Do)

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Check) และมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติ (Action)จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียกเก็บเงินที่มีการติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียกเก็บเงินซึ่งเป็นภาวะที่มีการติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อชั้นลึกที่มีการลุกลามของโรคอย่างรวดเร็วและรุนแรง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิการและเสียชีวิตได้สูงเพื่อลดความรุนแรง ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล

ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. พยาบาลใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียกเก็บเงินที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วย SOS Score ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียกเก็บเงินที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนลดอัตราการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง

2. ควรมีการกระตุ้นทีมบุคลากรให้เห็นความสำคัญของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียกเก็บเงินที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างทั่วถึงทั้งโรงพยาบาลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการดูแลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่เริ่มการเจ็บป่วย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 บุคลากรในหน่วยงานและผู้สนใจได้นำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

4.2 เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อได้รับการประเมินแรกรับในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 100

5.2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อลดลงร้อยละ 5

5.3 อัตราการการกลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยวิกฤตในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อน้อยกว่าร้อยละ 5

(ลงชื่อ)..... อรพรรณ แท้สูงเนิน

(นางสาวอรพรรณ แท้สูงเนิน)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 4 / มีนาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน