



ประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

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

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวประภาพร พลบำรุง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายประจวบ รักแพทย์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น
ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

15

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด : กรณีศึกษา พ.ศ 2568

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 8 กรกฎาคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้เสนอผลงานได้ใช้ความรู้และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมความรู้ ดังนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ศึกษา

3.1.1 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของไต

3.1.2 ความหมายของโรค

3.1.3 อุบัติการณ์การเกิดโรค

3.1.4 สาเหตุของโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1.5 อาการและอาการแสดงของโรค

3.1.6 การวินิจฉัยโรค

3.1.7 การรักษาโรคและข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

3.1.8 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

3.1.9 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต

3.2 ความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาล

3.2.1 แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลในกรณีศึกษา

3.2.2 แนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤตตามกรอบ FANCAS

3.2.3 แนวคิดการวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ศึกษา

3.1.1 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของไต

ไต (Kidney) เป็นอวัยวะสำคัญของระบบทางเดินปัสสาวะ มีจำนวน 2 ข้าง อยู่บริเวณด้านหลังของช่องท้อง (Retroperitoneal space) ทั้งสองข้างของกระดูกสันหลัง ทำหน้าที่สำคัญในการกรองของเสียออกจากร่างกาย ควบคุมสมดุลสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และสมดุลกรด-ด่าง รวมทั้งช่วยควบคุมความดันโลหิตและสร้างฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือดแดง ระบบทางเดินปัสสาวะประกอบด้วย ไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และท่อปัสสาวะ ซึ่งทำงานร่วมกันในการสร้าง เก็บกัก และขับปัสสาวะออกจากร่างกาย (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)

โครงสร้างภายในของไตแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ เปลือกไต (Renal cortex) เนื้อไตชั้นใน (Renal medulla) และกรวยไต (Renal pelvis) โดยภายในไตมีหน่วยทำงานพื้นฐานเรียกว่า หน่วยไต (Nephron) ประมาณ 1 ล้านหน่วยต่อไต 1 ข้าง ซึ่งทำหน้าที่กรองเลือด ดูดกลับสารที่มีประโยชน์ และขับของเสียออกจากร่างกายในรูปของปัสสาวะ หน่วยไตประกอบด้วย Glomerulus และ Renal tubule โดย Glomerulus ทำหน้าที่กรองน้ำและสารโมเลกุลขนาดเล็กจากกระแสเลือดเข้าสู่ Bowman's capsule ส่วน Renal tubule ทำหน้าที่ดูดกลับน้ำและสารที่จำเป็นกลับเข้าสู่ร่างกาย รวมทั้งขับของเสียและสารส่วนเกินออกทางปัสสาวะ (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

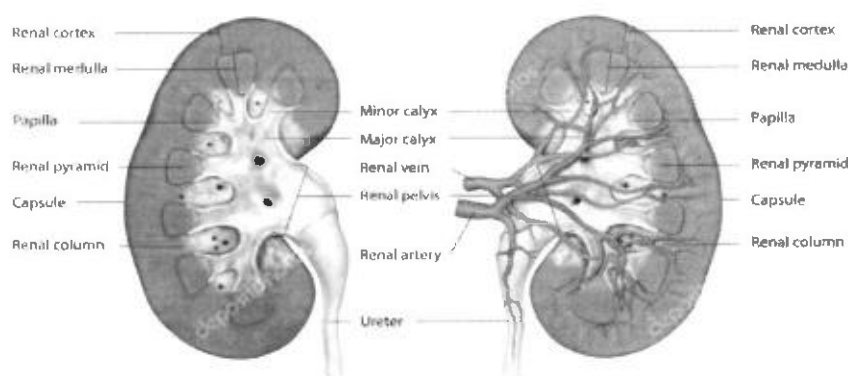
ท่อหน่วยไตแบ่งออกเป็นหลายส่วน ได้แก่ Proximal convoluted tubule, Loop of Henle, Distal convoluted tubule และ Collecting duct ซึ่งแต่ละส่วนมีบทบาทแตกต่างกัน โดย Proximal convoluted tubule ทำหน้าที่ดูดกลับน้ำ กลูโคส กรดอะมิโน และอิเล็กโทรไลต์ส่วนใหญ่กลับเข้าสู่กระแสเลือด Loop of Henle ช่วยควบคุมความเข้มข้นของปัสสาวะ Distal convoluted tubule มีบทบาทในการควบคุมสมดุลของโซเดียม โพแทสเซียม และกรด-ด่าง ส่วน Collecting duct ทำหน้าที่ควบคุมการดูดกลับน้ำภายใต้การควบคุมของ Antidiuretic hormone (ADH) เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)

ไตได้รับเลือดประมาณร้อยละ 20-25 ของปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที ผ่านทางหลอดเลือดแดงไต (Renal artery) เพื่อเข้าสู่กระบวนการกรองและกำจัดของเสีย การทำงานของไต ประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ การกรอง (Filtration) การดูดกลับ (Reabsorption) และการหลั่งสาร (Secretion) ซึ่งช่วยรักษาสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกำจัดของเสียออกจากร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ไตยังมีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตผ่านระบบ Renin-Angiotensin-Aldosterone System (RAAS) สร้างฮอร์โมน Erythropoietin เพื่อกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง และเปลี่ยนวิตามินดีให้อยู่ในรูปที่ออกฤทธิ์เพื่อช่วยดูดซึมแคลเซียม เมื่อไตสูญเสียหน้าที่ จะส่งผลให้เกิดการคั่งของของเสีย ภาวะน้ำเกิน ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ ภาวะกรดคั่ง และภาวะซีด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ได้ (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

ภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคของไต

Anatomy of the human kidney



ที่มา: Depositphotos. (n.d.). Anatomy of the human kidney [Illustration].

<https://depositphotos.com/> สืบค้น วันที่ 10 กันยายน 2568 18.09 น.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

3.1.2 ความหมายของโรค

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) หมายถึง ภาวะที่ไตมีความผิดปกติด้านโครงสร้างหรือการทำงานที่ของไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการกรองของเสียและรักษาสมดุลของร่างกายลดลง โดยสามารถประเมินได้จากอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ที่ลดลงต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร หรือพบความผิดปกติของไตจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ความผิดปกติจากภาพถ่ายทางรังสี หรือความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไต โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การทำงานของไตเสื่อมลงทีละน้อย และอาจนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)

ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) หมายถึง ภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่ในการทำงานอย่างถาวรและรุนแรง จนไม่สามารถรักษาสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และการกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้อย่างเพียงพอ โดยมีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยจะมีอาการสำคัญ เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ภาวะน้ำเกิน ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ และภาวะซีด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

3.1.3 อุบัติการณ์การเกิดโรค

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โดยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการปลูกถ่ายไตถือเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดระยะยาว อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีข้อจำกัดด้านอวัยวะบริจาค ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องรอรับการปลูกถ่ายไตเป็นเวลานาน โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรอรับไตประมาณ 6,200 ราย แต่สามารถปลูกถ่ายไตได้ประมาณ 780 รายต่อปี (สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย, 2567)

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นศูนย์ปลูกถ่ายไตสำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้บริการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 พบจำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

3.1.4 สาเหตุของโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เกิดจากความผิดปกติของไตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการกรองของเสียและรักษาสมดุลของร่างกายลดลง สาเหตุสำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตอักเสบ โรคทางพันธุกรรม และความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565) ปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังแบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน รวมถึงการเข้ายารหรือสารที่มีพิษต่อไตเป็นเวลานาน ซึ่งล้วนส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น

เมื่อหน่วยไตถูกทำลาย จะทำให้อัตราการกรองของไต (GFR) ลดลง ส่งผลให้เกิดการคั่งของของเสีย ภาวะน้ำเกิน และความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ จนนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดหรือการปลูกถ่ายไต (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

ความสำเร็จของการปลูกถ่ายไตขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ความเข้ากันได้ของหมู่เลือดและเนื้อเยื่อ การได้รับยากดภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการติดเชื้อ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งถือเป็นระยะวิกฤตของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต

3.1.5 อาการและอาการแสดงของโรค

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ในระยะแรกมักไม่มีอาการชัดเจน เนื่องจากไตยังสามารถชดเชยการทำงานได้ เมื่อการทำงานของไตลดลงมากขึ้น จะเกิดการคั่งของของเสียและความผิดปกติของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน คันตามผิวหนัง และนอนไม่หลับจากภาวะยูรีเมีย (Uremia) (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการบวม ความดันโลหิตสูง หอบเหนื่อย และภาวะน้ำท่วมปอดจากภาวะน้ำเกิน รวมทั้งอาจพบปัสสาวะผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน หรือปัสสาวะออกน้อยในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะซีด กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า และหัวใจเต้นผิดจังหวะจากความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์และกรด-ด่างในร่างกาย เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

ภายหลังการปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อย ระดับครีเอตินินสูงขึ้น มีไข้ ปวดบริเวณไตที่ปลูกถ่าย ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงอาการแสดงของภาวะสลายไตและการติดเชื้อ ซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานของไตใหม่ได้ (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

3.1.6 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) อาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีร่วมกัน เพื่อประเมินการทำงานของไต ค้นหาสาเหตุของโรค และประเมินภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ในการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังออกเป็น 5 ระยะ ตั้งแต่ระยะที่ไตเริ่มผิดปกติจนถึงภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ Serum creatinine, Blood urea nitrogen (BUN), eGFR และการตรวจอิเล็กโทรไลต์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไต รวมทั้งตรวจปัสสาวะเพื่อค้นหาภาวะโปรตีนรั่ว เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และความผิดปกติของความถี่จำเพาะของปัสสาวะซึ่งช่วยบ่งชี้ความรุนแรงของโรคและการทำลายหน่วยไต (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)

นอกจากนี้ อาจมีการตรวจอัลตราซาวด์ไต การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือการตรวจชิ้นเนื้อไตในบางราย เพื่อประเมินโครงสร้างของไตและหาสาเหตุของโรคเพิ่มเติม สำหรับผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและเตรียมรับการปลูกถ่ายไต จำเป็นต้องได้รับการประเมินความพร้อมเพิ่มเติม ได้แก่ การตรวจหมู่เลือดและความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ (HLA matching) การตรวจ Crossmatch การประเมินภาวะติดเชื้อ และการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนหลังปลูกถ่ายไต (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

3.1.7 การรักษาโรคและข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) มีวัตถุประสงค์เพื่อทดแทนการทำงานของไต ควบคุมสมดุลสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และลดการคั่งของของเสีย โดยแนวทางการรักษาประกอบด้วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)

การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นการนำไตจากผู้บริจาคมาปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการตรวจ HLA matching, Crossmatch และการประเมินภาวะติดเชื้อก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรก เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสลายไต ภาวะไตใหม่ทำงานล่าช้า ภาวะติดเชื้อ และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

ผู้ป่วยในกรณีศึกษาได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ Simulect (Basiliximab), Prograf (Tacrolimus), Cellcept (Mycophenolate mofetil) และ Prednisolone เพื่อป้องกันภาวะสลายไต รวมทั้งได้รับยาอื่นร่วมด้วย เช่น Ceftriaxone, Augmentin, Acyclovir, Bactrim, Omeprazole, Amlodipine และ Metoprolol เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ควบคุมความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (MIMS Thailand, 2567)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการติดตามระดับยา Tacrolimus trough level และ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ Serum creatinine, BUN และอิเล็กโทรไลต์ เพื่อประเมินการทำงานของไตใหม่ เฝ้าระวังภาวะพิษจากยา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยากดภูมิคุ้มกัน โดยพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงเวลา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง (ขจรศักดิ์ นพคุณ, 2567)

3.1.8 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะแรกและระยะยาว โดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งถือเป็นระยะวิกฤตที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนอาจส่งผลต่อการทำงานของไตใหม่และเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

1. ภาวะสลายไต (Rejection) ภาวะสลายไตเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายตอบสนองต่อไตที่ปลูกถ่าย โดยมองว่าเป็นสิ่งแปลกปลอม ส่งผลให้เกิดการอักเสบและการทำลายเนื้อไต ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้ ปัสสาวะลดลง บวม ความดันโลหิตสูง และค่า Serum creatinine สูงขึ้น ภาวะสลายไตแบ่งเป็นชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง การป้องกันสำคัญคือการได้รับยากดภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา (ขจรศักดิ์ นพคุณ, 2567)

2. ภาวะไตใหม่ทำงานล่าช้า (Delayed graft function: DGF) ภาวะไตใหม่ทำงานล่าช้า หมายถึง ภาวะที่ไตปลูกถ่ายยังไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพในระยะแรกหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยอาจยังจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดต่อเนื่องหลังปลูกถ่าย ผู้ป่วยมักมีปัสสาวะออกน้อย ค่า Serum creatinine ลดลงช้า และอาจเกิดภาวะสารน้ำเกินร่วมด้วย (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

3. ภาวะติดเชื้อ (Infection) ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง เนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง การติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ การติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) และการติดเชื้อรา ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้ หนาวสั่น ไอ หายใจเหนื่อย หรือแผลผ่าตัดอักเสบ จึงจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการติดเชื้ออย่างใกล้ชิดและปฏิบัติตามหลักปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด (MIMS Thailand, 2567)

4. ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด (Postoperative hemorrhage) ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด อาจเกิดจากการเย็บต่อหลอดเลือด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจมีอาการซีด ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว ค่า Hematocrit ลดลง หรือมีเลือดออกทางสายระบายมากผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างเร่งด่วน (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

5. ภาวะหลอดเลือดของไตอุดตัน (Renal vascular thrombosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและรุนแรง อาจเกิดการอุดตันของ Renal artery หรือ Renal vein ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตใหม่ลดลง ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะออกน้อยเฉียบพลัน ปวดบริเวณแผลผ่าตัด และค่า Serum creatinine เพิ่มขึ้น การวินิจฉัยจะใช้ Doppler ultrasound ในการประเมินการไหลเวียนเลือดของไตที่ปลูกถ่าย (ขจรศักดิ์ นพคุณ, 2567)

6. ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) ภาวะน้ำท่วมปอดอาจเกิดจากภาวะสารน้ำเกินการทำงานของไตใหม่ยังไม่สมบูรณ์ หรือภาวะหัวใจทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ค่า Oxygen saturation ลดลง และอาจได้ยินเสียง Crepitation ที่ปอด จำเป็นต้องได้รับการติดตามปริมาณสารน้ำเข้า-ออก น้ำหนักตัว และประเมินระบบทางเดินหายใจอย่างใกล้ชิด (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

7. ภาวะแทรกซ้อนจากยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตจำเป็นต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะสลายไต อย่างไรก็ตาม ยาดังกล่าวอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงหลายระบบ เช่น ภาวะไตเป็นพิษ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ภาวะโพแทสเซียมสูง ภาวะกดไขกระดูก และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการติดตามระดับยาในเลือดและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและปรับขนาดยาให้เหมาะสม (ขจรศักดิ์ นพคุณ, 2567)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการปลูกถ่ายไต โดยต้องประเมินสัญญาณชีพ ปริมาณปัสสาวะ อาการผิดปกติ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการสูญเสียการทำงานของไตใหม่ และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต

3.1.9 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด ซึ่งถือเป็นระยะวิกฤตที่ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน เช่น ภาวะสลายไต ภาวะไตใหม่ทำงานล่าช้า ภาวะเลือดออก ภาวะติดเชื้อ และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม เพื่อส่งเสริมการทำงานของไตใหม่และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

1. การประเมินสัญญาณชีพและภาวะไหลเวียนโลหิต พยาบาลต้องประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย และค่า Oxygen saturation รวมทั้งติดตามภาวะ Hemodynamic เช่น Central venous pressure (CVP) เพื่อประเมินภาวะสารน้ำและการไหลเวียนเลือดไปยังไตใหม่ เนื่องจากความดันโลหิตต่ำอาจส่งผลให้ไตใหม่ขาดเลือดและเกิดภาวะ Delayed graft function ได้ ขณะที่ความดันโลหิตสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด (ขจรศักดิ์ นพคุณ, 2567)

2. การติดตามปริมาณปัสสาวะและสมดุลสารน้ำ ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตจำเป็นต้องได้รับการติดตามปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากปริมาณปัสสาวะเป็นตัวชี้วัดสำคัญการทำงานของไตใหม่ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักมีปัสสาวะออกมากในระยะแรกหลังผ่าตัด พยาบาลต้องบันทึกสารน้ำเข้า-ออกอย่างเคร่งครัด รวมทั้งติดตามน้ำหนักตัวและอาการบวม เพื่อป้องกันภาวะสารน้ำเกินหรือภาวะขาดน้ำ (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

3. การเฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และกรด-ด่าง หลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เช่น ภาวะโพแทสเซียมสูง ภาวะโซเดียมผิดปกติ ภาวะแมกนีเซียมต่ำ และภาวะกรด-ด่างผิดปกติ พยาบาลจึงต้องติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Sodium, Potassium, Magnesium, Phosphate, BUN, Serum creatinine และ Arterial blood gas อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือภาวะซึมลง (MIMS Thailand, 2567)

4. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะสลายไต ภาวะไตใหม่ทำงานล่าช้า ภาวะเลือดออก ภาวะหลอดเลือดของไตอุดตัน ภาวะน้ำท่วมปอด และภาวะติดเชื้อ โดยประเมินจากสัญญาณชีพ ปริมาณปัสสาวะ ลักษณะแผลผ่าตัด สีและปริมาณสารคัดหลั่งจากสายระบาย รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจพิเศษ เช่น Doppler ultrasound ของไตที่ปลูกถ่าย (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

5. การดูแลด้านการให้ยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตจำเป็นต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ Basiliximab, Tacrolimus, Mycophenolate mofetil และ Corticosteroid เพื่อป้องกันภาวะสลัดไต พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ตรงเวลา และติดตามระดับยา Tacrolimus trough level อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะพิษต่อไตและผลข้างเคียงจากยา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ภาวะโพแทสเซียมสูง และภาวะติดเชื้อ (ขจรศักดิ์ นพคุณ, 2567)

6. การป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตมีภูมิคุ้มกันลดลงจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง พยาบาลต้องปฏิบัติตามหลัก Aseptic technique อย่างเคร่งครัด ดูแลความสะอาดของแผลผ่าตัด สายสวนปัสสาวะ และสายให้สารน้ำ รวมทั้งเฝ้าระวังอาการติดเชื้อ เช่น ใช้หนาวสั่น ไอ หายใจเหนื่อย หรือปัสสาวะแสบขัด (MIMS Thailand, 2567)

7. การส่งเสริมการพักผ่อนและฟื้นฟูสภาพร่างกาย พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดเสียงรบกวน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสมตามสภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักเป็นเวลานาน เช่น ภาวะปอดแฟบ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และกล้ามเนื้ออ่อนแรง

8. การให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ใช้ปัสสาวะลดลง บวม หรืออาการแสดงของภาวะสลัดไต รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพตนเองหลังกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

3.2 ความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาล

3.2.1 แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลในการณีกศึกษา

กระบวนการพยาบาล (Nursing process) เป็นวิธีการปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยใช้หลักวิทยาศาสตร์และกระบวนการคิดวิเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัย และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน (สภาการพยาบาล, 2564) ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้ศึกษาได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การประเมินข้อมูลภาวะสุขภาพ (Assessment) อย่างครอบคลุม ทั้งข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และข้อมูลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์เพื่อระบุปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วย เช่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ หรือเสี่ยงต่อภาวะการทำงานของไตใหม่บกพร่อง เป็นต้น ซึ่งการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้องจะช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและตรงตามปัญหา (Potter et al., 2021)

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการกำหนดเป้าหมายและวางแผนกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงปัญหา ความต้องการ และความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการทำงานของไตใหม่ และฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ เช่น การติดตามสัญญาณชีพ การประเมินปริมาณปัสสาวะ การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลให้ได้รับยากดภูมิคุ้มกันอย่างถูกต้อง การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลด้านโภชนาการ และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวหลังปลูกถ่ายไต

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการติดตามผลลัพธ์ของการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เช่น ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไตใหม่สามารถทำงานได้ดี ไม่มีภาวะสลายไต ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย หากผลการพยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พยาบาลจะต้องนำข้อมูลกลับมาวิเคราะห์และปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (สภาการพยาบาล, 2564)

3.2.2 แนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤตตามกรอบ FANCAS

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพและสรีรวิทยาอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลวและคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินเฝ้าระวัง และดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตซึ่งมีความซับซ้อนของปัญหาหลายระบบทั้งด้านสมดุลสารน้ำ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะสลายไต (วรรณภา ประภาสอน, 2566)

ผู้ศึกษาจึงได้นำกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยวิกฤต FANCAS มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมเป็นระบบ และเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาซับซ้อนหลายระบบ โดย FANCAS ประกอบด้วย การประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ ความสมดุลของสารน้ำ (Fluid balance) การหายใจ (Aeration) โภชนาการ (Nutrition) การติดต่อสื่อสาร (Communication) การทำกิจกรรม (Activity) และการได้รับการกระตุ้น (Stimulation) ดังนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

1. ด้านความสมดุลของสารน้ำ (Fluid balance) เป็นการประเมินสมดุลของน้ำ เกลือแร่ และกรด-ด่างในร่างกาย รวมทั้งประเมินการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบไต และระบบต่อมไร้ท่อ โดยติดตามสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ปริมาณปัสสาวะ อาการบวม ค่าอิเล็กโทรไลต์ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต เนื่องจากอาจเกิดภาวะน้ำเกิน ภาวะโพแทสเซียมผิดปกติ หรือภาวะไตใหม่ทำงานล่าช้าได้

2. ด้านการหายใจ (Aeration) เป็นการประเมินประสิทธิภาพของระบบทางเดินหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซ โดยประเมินอัตราและลักษณะการหายใจ ค่า Oxygen saturation เสียงปอด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Arterial blood gas (ABG) และ Chest X-ray เพื่อเฝ้าระวังภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะน้ำท่วมปอด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการประเมินภาวะโภชนาการ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การทำงานของระบบทางเดินอาหาร และภาวะการได้รับพลังงานของร่างกาย โดยติดตามน้ำหนัก ระดับ Albumin การขับถ่าย และความต้องการพลังงานของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายและการสมานแผลหลังผ่าตัด

4. ด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication) เป็นการประเมินความสามารถในการรับรู้และสื่อสารของผู้ป่วย รวมถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการวางแผนการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง

5. ด้านการทำกิจกรรม (Activity) เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ รวมถึงระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง แผลกดทับ และภาวะติดเชื้อ

6. ด้านการได้รับการกระตุ้น (Stimulation) เป็นการประเมินการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้แก่ แสง เสียง ความเจ็บปวด และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาดและการตอบสนองของรูม่านตา รวมทั้งพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติทางระบบประสาทและการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

กรอบแนวคิด FANCAS ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้สามารถวางแผนการพยาบาล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

3.2.3 แนวคิดการวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมหลังออกจากโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินปัญหา ความต้องการ และความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่าย (พรทิพย์ บุญกันทะ, 2566)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ผู้ศึกษานำแนวคิด D-METHOD มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการผิดปกติที่ควรเฝ้าระวัง (Disease) การแนะนำเรื่องการใช้ยา โดยเฉพาะยากดภูมิคุ้มกันและผลข้างเคียงของยา (Medication) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงแหล่งติดเชื้อ (Environment) การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและการสังเกตอาการผิดปกติ (Treatment) การส่งเสริมสุขภาพและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Health) การมาตรวจตามนัดและการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (Outpatient referral) รวมทั้งการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (Diet)

สำหรับผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน อย่างสม่ำเสมอ การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้ ปัสสาวะลดลง บวม หรือปวดบริเวณไตที่ปลูกถ่าย รวมทั้งการมาตรวจติดตามระดับยาและการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ไตใหม่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ สอนสาธิต ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต ซึ่งการปลูกถ่ายไตถือเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดระยะยาว และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งถือเป็นระยะวิกฤตที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น ภาวะสลายไต ภาวะไตใหม่ทำงานล่าช้า ภาวะเลือดออก ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะน้ำท่วมปอด และภาวะติดเชื้อ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน หากไม่ได้รับการเฝ้าระวังและให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลต่อการทำงานของไตใหม่และเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งมีภาวะซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การดูแลสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การป้องกันการติดเชื้อ และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน โดยผู้ศึกษาได้นำกระบวนการพยาบาลร่วมกับกรอบการประเมินผู้ป่วยวิกฤต FANCAS มาใช้ในการประเมิน วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมการทำงานของไตใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.2 วัตถุประสงค์

4.2.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

4.3 เป้าหมายของงาน

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะ 72 ชั่วโมงแรก จำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568

4.4 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

วันที่เข้ารับการรักษา 8 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.45 น.

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รักษาโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2 ครั้ง/สัปดาห์ (วันอังคาร,วันศุกร์) ขึ้นทะเบียนรอรับไตที่โรงพยาบาลขอนแก่น 2 พฤษภาคม 2567 มารับการประเมินเพื่อเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย

โรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง

การผ่าตัด: ผ่าตัดเส้นฟอกไตข้างซ้าย ปี 2558

การใช้สารเสพติด : ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

การแพ้ยา: ปฏิเสธการแพ้ยา น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร

วันที่เข้ารับการรักษา 8 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.45 น. เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคไต ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ความร่วมมือในการรักษา ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและสภาพจิตใจ รวมทั้งเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง 6.21 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์พิจารณาให้ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 3 ชั่วโมง ภายหลังฟอกเลือดติดตามผลระดับโพแทสเซียมพบลดลงเหลือ 4.11 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์รับทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและพิจารณาให้เตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ Simulect 20 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที และ Prograf 4 มิลลิกรัมรับประทานทันที ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เวลา 21.30 น. ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ใส่ท่อช่วยหายใจชนิดสอดทางหลอดลมคอ (Endotracheal tube) ขนาด 7.5 ลีค 20 เซนติเมตร ระหว่างผ่าตัดเสียเลือดประมาณ 100 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 1,200 มิลลิลิตร สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัดคงที่ ภายหลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ที่ห้องพักฟื้น และได้รับออกซิเจนทางสายให้ออกซิเจนทางจมูก ก่อนย้ายเข้ารับการรักษาค่อยที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 เพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด

วันที่ 9 กรกฎาคม 2568 เวลา 00.45 น. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาค่อยที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 Cold ischemic time 22 hr. 50 min, Warm ischemic time 1 hr. 23 min ประเมินอาการผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รื้อเรื่อง สามารถสื่อสารได้ หายใจได้เองโดยได้รับออกซิเจนทางสายให้ออกซิเจนทางจมูก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 100 ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องด้านขวาข้างแก้ม ไม่มีเลือดซึมเปื้อน สายระบาย Jackson-Pratt drain มีสารคัดหลั่งสีแดงออก 350 มิลลิลิตร ได้รับการติดตามปริมาณเลือดออกจากแผลและสายระบายอย่างใกล้ชิด ร่วมกับติดตามค่าความเข้มข้นเลือดหลังผ่าตัด พบ Hct 37% ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score 8 คะแนน ได้รับ Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา และประเมินระดับความปวดซ้ำหลังได้รับยา พบว่า Pain score ลดลงเหลือ 2-3 คะแนน ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกตการหายใจจากยาแก้ปวด

ด้านสมดุลสารน้ำและการทำงานของไต ได้รับการบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกทุก 1 ชั่วโมง ได้รับ 5% DN/2 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ร่วมกับ 0.45% NaCl 1,000 มิลลิลิตร โดยปรับอัตราการให้สารน้ำตามปริมาณปัสสาวะและค่า CVP ดังนี้

ความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางน้อยกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท ปรับอัตราสารน้ำเท่ากับปริมาณปัสสาวะ ชั่วโมงก่อนหน้า บวก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง 5-8 มิลลิเมตรปรอท ปรับอัตราสารน้ำเท่ากับปริมาณปัสสาวะ ชั่วโมงก่อนหน้า

ความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางมากกว่า 8 มิลลิเมตรปรอท ปรับอัตราสารน้ำเท่ากับปริมาณปัสสาวะ ชั่วโมงก่อนหน้า ลบ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ผู้ป่วยมีปริมาณปัสสาวะ 270-330 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ลักษณะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน สะท้อนว่า ไตที่ปลูกถ่ายเริ่มทำงานได้ดี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Na 131 mmol/L, K 3.34 mmol/L และ Mg 1.59 mg/dL แสดงถึงภาวะ Hyponatremia, Hypokalemia และ Hypomagnesemia ในระยะแรก หลังผ่าตัด แพทย์พิจารณาให้สารน้ำชนิดเดิมต่อเนื่อง และแก้ไขภาวะแมกนีเซียมต่ำด้วย 50% Magnesium sulfate 4 มิลลิลิตร ผสม 5% D/W 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำให้หมดภายใน 4 ชั่วโมง วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 3 วัน พร้อมติดตามระดับ Magnesium และอาการผิดปกติ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง

เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง วัดได้ 174/83 มิลลิเมตรปรอท MAP 113 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรืออาการทางระบบประสาท ได้รับ Amlodipine 10 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าตามแผนการรักษา ภายหลังได้รับยา ความดันโลหิตลดลง อยู่ระหว่าง 145/78-155/80 มิลลิเมตรปรอท MAP 100-105 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ

เวลา 21.30 น. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ได้รับ Plasil 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาไม่พบอาการคลื่นไส้อาเจียนเพิ่มเติม สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

ผลตรวจ U/S Doppler renal artery/vein ไม่พบความผิดปกติของไตที่ปลูกถ่าย ไม่พบหลักฐานของ renal artery/vein stenosis หรือ thrombosis

ผล KUB พบ Jackson-Pratt drain และ Double J stent อยู่ในตำแหน่งปกติ

วันที่ 10 กรกฎาคม 2568 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตวันที่ 2 รู้สึกตัวดี สื่อสารได้ หายใจด้วย อากาศห้อง ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 96-100 อาการปวดแผล ลดลงเหลือ Pain score 2-3 คะแนน ไม่จำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวดเพิ่มเติม แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึม สายระบาย Jackson-Pratt drain มีสารคัดหลั่งสีแดงจางออก 20-30 มิลลิลิตรต่อวัน ลดลงจากวันแรก ค่าความเข้มข้นเลือดอยู่ระหว่าง 34-36% และ Hct จาก CBC 33.1% ยังคงได้รับการติดตาม Hct ทุก 8 ชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ด้านการทำงานของไตและสมดุลสารน้ำ ผู้ป่วยมีปริมาณปัสสาวะ 220-620 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ลักษณะสีเหลือง มีตะกอนเล็กน้อย สะท้อนการขับปัสสาวะจำนวนมากหลังไตที่ปลูกถ่ายเริ่มทำงาน จึงได้รับการปรับสารน้ำตามปริมาณปัสสาวะและค่า CVP อย่างใกล้ชิด ดังนี้

ความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางน้อยกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท ปรับอัตราสารน้ำเท่ากับปริมาณปัสสาวะ ชั่วโมงก่อนหน้า บวก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง 5-8 มิลลิเมตรปรอท ปรับอัตราสารน้ำเท่ากับปริมาณปัสสาวะ ชั่วโมงก่อนหน้า

ความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางมากกว่า 8 มิลลิเมตรปรอท ปรับอัตราสารน้ำเท่ากับปริมาณปัสสาวะ ชั่วโมงก่อนหน้า ลบ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ต่อมาพบเริ่มมีอาการบวมบริเวณแขนทั้งสองข้าง แพทย์จึงปรับแผนการให้สารน้ำ โดยคง 5% DN/2 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ร่วมกับ 0.45% NaCl 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราปัสสาวะ ชั่วโมงก่อนหน้า ลบ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ขณะเดียวกันยังคงติดตามปริมาณปัสสาวะ สีปัสสาวะ ภาวะบวม น้ำท่วมปอด และระดับอิเล็กโทรไลต์อย่างต่อเนื่อง

มีการติดตามระดับยากดภูมิคุ้มกันในเลือด พบ Tacrolimus level 22.71 ng/mL ซึ่งสูงกว่าระดับเป้าหมาย แพทย์จึงปรับลดขนาดยา Prograf จากเดิม 2 มิลลิกรัม รับประทานเวลา 08.00 น. และ 20.00 น. เป็น Prograf 1 มิลลิกรัม รับประทานเวลา 08.00 น. และ 20.00 น. และวางแผนติดตามระดับยา Tacrolimus ชั่วโมงที่ 12 กรกฎาคม 2568 เพื่อป้องกันพิษจากยา ได้แก่ nephrotoxicity, hypertension, hyperglycemia, tremor และ electrolyte imbalance

ด้านโภชนาการ แพทย์เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนชนิดโซเดียมต่ำและแบคทีเรียต่ำ ผู้ป่วยรับประทานได้ประมาณ 5-10 คำ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้รับการส่งเสริมให้รับประทานอาหารทีละน้อย บ่อยครั้ง และเฝ้าระวังอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด รวมทั้งติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา เนื่องจากได้รับยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน

วันที่ 11 กรกฎาคม 2568 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตวันที่ 3 รู้สึกตัวดี สื่อสารได้ หายใจด้วยอากาศห้อง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 95-100 ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยไม่ปวดแผลผ่าตัด Pain score 0 คะแนน สามารถลุกเดินและเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึม สายระบาย Jackson-Pratt drain มีสารคัดหลั่งสีแดงจาง 20-30 มิลลิลิตรต่อแวนค่าความเข้มข้นเลือดอยู่ระหว่าง 34-35% ไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติ

เวลา 08.00 น. พบภาวะความดันโลหิตสูง 170/92 มิลลิเมตรปรอท MAP 118 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว แพทย์พิจารณาให้ Metoprolol ครึ่งเม็ดรับประทานทันที ภายหลังได้รับยา ความดันโลหิตลดลงอยู่ระหว่าง 150/78-157/81 มิลลิเมตรปรอท MAP 104-109 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ไม่มีอาการผิดปกติ

ด้านการทำงานของไต ผู้ป่วยมีปริมาณปัสสาวะ 180-510 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ลักษณะสีเหลืองฟาง ได้รับ 0.45% NaCl 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และส่งเสริมให้ดื่มน้ำวันละ 3.0-3.5 ลิตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ BUN 17 mg/dL, Creatinine 0.74 mg/dL, eGFR 93 mL/min/1.73m² แสดงถึงการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายดีขึ้นอย่างชัดเจน ระดับอิเล็กโทรไลต์มีแนวโน้มดีขึ้น โดย Na 141 mmol/L, K 3.69 mmol/L, Mg 2.11 mg/dL และ Ca 8.9 mg/dL แสดงว่าภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ได้รับการแก้ไขดีขึ้นตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ด้านโภชนาการ ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนชนิดโซเดียมต่ำและแบคทีเรียต่ำได้ประมาณครึ่งถาด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ด้านกิจกรรมผู้ป่วยสามารถลุกเดินและเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น ลดข้อจำกัดจากอาการปวดแผลผ่าตัดและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง หลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาและการทำงานของไตที่ปลูกถ่าย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดี

ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยทีมสหสาขาวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 โดยมุ่งเน้นการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างใกล้ชิด ครอบคลุมการดูแลด้านระบบทางเดินหายใจ สมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะช็อค ภาวะเลือดออก ภาวะติดเชื้อ ติดตามน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาการปวด การส่งเสริมการพักผ่อน การทำกิจกรรม และภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ไม่พบภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลัน ไม่พบภาวะหลอดเลือดของไตที่ปลูกถ่ายตีบหรืออุดตัน ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติ และไม่พบภาวะติดเชื้อ ภายหลังการรักษาพบว่าไตที่ปลูกถ่ายสามารถทำงานได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถหายใจด้วยอากาศห้อง รับประทานอาหารได้มากขึ้น เคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมได้ดีขึ้น อาการปวดลดลง สัญญาณชีพคงที่ และมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์จึงพิจารณาให้ย้ายไปรับการรักษาต่อที่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคไต ขณะเดียวกันผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และการปฏิบัติตัวหลังการปลูกถ่ายไตร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จนมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ภายหลังแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยมีระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 15 วัน

จากการศึกษาในระหว่างที่อยู่ในความดูแล พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 14 ข้อ ดังนี้

1. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น หลังไตที่ปลูกถ่ายเริ่มทำงานและผลของยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยได้รับการประเมินสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง พบภาวะ Hyponatremia, Hypokalemia, Hypocalcemia และ Hypomagnesemia ในระยะแรกหลังผ่าตัด ได้รับการแก้ไขตามแผนการรักษา รวมทั้งปรับอัตราการให้สารน้ำตามปริมาณปัสสาวะและค่าความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง ภายหลังการรักษาพบว่าระดับอิเล็กโทรไลต์มีแนวโน้มดีขึ้น อาการบวมลดลง ไม่พบภาวะน้ำเกินหรือน้ำท่วมปอด

2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางสายให้ออกซิเจนทางจมูกและได้รับการติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอย่างใกล้ชิด ต่อมาวันที่ 9 กรกฎาคม 2568 เวลา 11.00 น. สามารถหยุดให้ออกซิเจนได้ โดยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ระหว่างร้อยละ 96-100

3. เสี่ยงต่อการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายบกพร่องเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังการปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยได้รับการติดตามปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine และ eGFR อย่างต่อเนื่อง พบปริมาณปัสสาวะอยู่ระหว่าง 180-620 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ค่า Creatinine ลดลงจาก 5.77 เหลือ 0.60 mg/dL และค่า eGFR เพิ่มขึ้นจาก 8 เป็น 105 mL/min/1.73m² แสดงถึงการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายดีขึ้นตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. เสี่ยงต่อภาวะสลายไตเนื่องจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อไตที่ปลูกถ่ายจากผู้บริจาคสมอตาย ผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกันตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและตรงเวลา มีการติดตามระดับ Tacrolimus ในเลือดและเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะสลายไตอย่างต่อเนื่อง ไม่พบอาการบวมหรือกดเจ็บบริเวณไตที่ปลูกถ่าย ปริมาณปัสสาวะคงที่ และไม่พบภาวะสลายไตตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล

5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยได้รับการติดตามความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง พบค่าความดันโลหิตสูงสุด 174/83 มิลลิเมตรปรอท และ Mean Arterial Pressure สูงสุด 118 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา Amlodipine และ Metoprolol ตามแผนการรักษา ภายหลังได้รับยาความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยไม่พบอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องแยกกึ่งปลอดเชื้อ จำกัดผู้เข้าเยี่ยม รับประทานอาหารชนิด Low Bacteria Diet และได้รับการเฝ้าระวังอาการแสดงของการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด ไม่พบไข้ หนาวสั่น หรืออาการแสดงของการติดเชื้อ ผล Urine Culture วันที่ 9 และ 12 กรกฎาคม 2568 ไม่พบการเจริญเติบโตของเชื้อ (No Growth)

7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติเนื่องจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออก รวมทั้งติดตามค่า Platelet count และ Hematocrit อย่างต่อเนื่อง ไม่พบเลือดออกผิดปกติ ไม่มีจุดเลือดออกได้ผิวหนัง แผลผ่าตัดแห้งดี และไม่พบเลือดออกจากสายระบายหรือสายสวนต่าง ๆ

8. มีภาวะซีดเนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากโรคไตเรื้อรังร่วมกับการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการติดตามค่า Hemoglobin Hematocrit และอาการแสดงของภาวะซีดอย่างต่อเนื่อง ไม่พบอาการเหนื่อยหอบ ใจสั่น หรืออ่อนเพลียผิดปกติ สามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้นตามลำดับ

9. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากผลของยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยได้รับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วอย่างต่อเนื่อง พบระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 143–180 mg/dL ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่แพทย์กำหนด ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง

10. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับความปวดทุก 4 ชั่วโมง ได้รับยา Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และได้รับการจัดท่านอนที่เหมาะสมเพื่อลดการตึงรั้งบริเวณแผลผ่าตัด ภายหลังได้รับยา Pain score ลดลงจาก 8 คะแนน เหลือ 2–3 คะแนน และลดลงเหลือ 0 คะแนนในวันที่ 11 กรกฎาคม 2568

11. มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและข้อจำกัดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริม Early Ambulation และการออกกำลังกายบนเตียงตามความเหมาะสม ภายหลังอาการปวดลดลง ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัว นั่งบนเตียง ลุกยืน และเดินรอบเตียงได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

12. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยได้รับการประเมินการนอนหลับอย่างต่อเนื่อง จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดแสง เสียง และกิจกรรมที่รบกวนการพักผ่อน รวมทั้งได้รับยาช่วยให้นอนหลับตามแผนการรักษา พบว่าผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ดีขึ้น สดชื่น และไม่มีอาการอ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

13. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การใช้ยาตามคำแนะนำ และการปฏิบัติตัวหลังปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พบว่าผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา มีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเอง และสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

14. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากกระบวนการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มสูงขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะโภชนาการและติดตามการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง จากเดิมรับประทานอาหารได้เพียง 5-10 คำในระยะแรกหลังผ่าตัด ต่อมาสามารถรับประทานอาหารได้ประมาณครึ่งถาด และมีค่า Albumin เพิ่มขึ้นจาก 3.4 g/dL เป็น 4.0 g/dL แสดงถึงภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นตามลำดับ

4.5 สรุปกรณีศึกษา

วันที่ 8 กรกฎาคม 2568 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 52 ปี ได้รับการรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคไต เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รู้เรื่อง สามารถสื่อสารและให้ความร่วมมือในการรักษาได้ดี มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง และมีประวัติไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันอังคารและวันศุกร์) จากการประเมินก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การทำงานของไตที่ได้รับการปลูกถ่าย และผลลัพธ์หลังการรักษา ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และการใช้ยาตามคำแนะนำภายหลังการปลูกถ่ายไต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนผ่าตัดพบภาวะ Hyperkalemia โดยมีระดับโพแทสเซียมในเลือด 6.21 mmol/L ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แพทย์พิจารณาให้ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 3 ชั่วโมง ภายหลังฟอกเลือดติดตามผลพบว่าระดับโพแทสเซียมลดลงเหลือ 4.11 mmol/L อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับยาตามคำแนะนำตามแนวทางการรักษา ได้แก่ Simulect 20 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที และ Prograf 4 มิลลิกรัม รับประทาน เพื่อป้องกันภาวะปฏิเสธไตหลังการปลูกถ่าย

เวลา 21.30 น. ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจชนิด Endotracheal tube ขนาด 7.5 ลีท 20 เซนติเมตร ระหว่างผ่าตัดสัญญาณชีพคงที่ สูญเสียเลือดประมาณ 100 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 1,200 มิลลิลิตร ภายหลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ที่ห้องพักฟื้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ และได้รับออกซิเจนทางสายให้ออกซิเจนทางจมูกก่อนย้ายเข้ารับการรักษาคือในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 เพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด

วันที่ 9 กรกฎาคม 2568 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) จากผู้บริจาคสมองตาย วันแรกรับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 เวลา 00.45 น. ประเมินอาการผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รู้เรื่อง สามารถสื่อสารได้ หายใจได้เองโดยได้รับออกซิเจนทางสายให้ออกซิเจนทางจมูก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 100 ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องด้านขวาข้างแห้ง ไม่มีเลือดซึมเปื้อน สายระบาย Jackson-Pratt drain มีสารคัดหลั่งสีแดงออก 350 มิลลิลิตร ได้รับการติดตาม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ปริมาณเลือดออกจากแผลและสายระบายอย่างใกล้ชิด ร่วมกับติดตามค่าความเข้มข้นเลือดหลังผ่าตัด พบ Hct 37% ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติ ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score 8 คะแนน ได้รับ Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และประเมินระดับความปวดซ้ำหลังได้รับยา พบว่า Pain score ลดลงเหลือ 2-3 คะแนน ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกดการหายใจจากยาแก้ปวด ได้รับการบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกทุก 1 ชั่วโมง ได้รับ 5% DN/2 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ร่วมกับ 0.45% NaCl 1,000 มิลลิลิตร โดยปรับอัตราการให้สารน้ำตามปริมาณปัสสาวะและค่า CVP ผู้ป่วยมีปริมาณปัสสาวะ 270-330 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ลักษณะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน สะท้อนว่าไตที่ปลูกถ่ายเริ่มทำงานได้ดี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Na 131 mmol/L, K 3.34 mmol/L และ Mg 1.59 mg/dL แสดงถึงภาวะ Hyponatremia, Hypokalemia และ Hypomagnesemia ในระยะแรกหลังผ่าตัด แพทย์พิจารณาให้สารน้ำชนิดเดิมต่อเนื่อง และแก้ไขภาวะแมกนีเซียมต่ำด้วย 50% Magnesium sulfate 4 มิลลิลิตร ผสม 5% D/W 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำให้หมดภายใน 4 ชั่วโมง วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 3 วัน พร้อมติดตามระดับ Magnesium และอาการผิดปกติ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง

เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง วัดได้ 174/83 มิลลิเมตรปรอท MAP 113 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรืออาการทางระบบประสาท ได้รับ Amlodipine 10 มิลลิกรัมรับประทานวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าตามแผนการรักษา ภายหลังได้รับยา ความดันโลหิตลดลงอยู่ระหว่าง 145/78-155/80 มิลลิเมตรปรอท MAP 100-105 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ

เวลา 21.30 น. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ได้รับ Plasil 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาไม่พบอาการคลื่นไส้อาเจียนเพิ่มเติม สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

ผลตรวจ U/S Doppler renal artery/vein ไม่พบความผิดปกติของไตที่ปลูกถ่าย ไม่พบหลักฐานของ renal artery/vein stenosis หรือ thrombosis

ผล KUB พบ Jackson-Pratt drain และ Double J stent อยู่ในตำแหน่งปกติ

วันที่ 10 กรกฎาคม 2568 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตวันที่ 2 รู้สึกตัวดี สื่อสารได้ หายใจด้วยอากาศห้อง ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 96-100 อาการปวดแผลลดลงเหลือ Pain score 2-3 คะแนน ไม่จำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวดเพิ่มเติม แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึม สายระบาย Jackson-Pratt drain มีสารคัดหลังสีแดงจางออก 20-30 มิลลิลิตรต่อวัน ลดลงจากวันแรก ค่าความเข้มข้นเลือดอยู่ระหว่าง 34-36% และ Hct จาก CBC 33.1% ยังคงได้รับการติดตาม Hct ทุก 8 ชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออก ผู้ป่วยมีปริมาณปัสสาวะ 220-620 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ลักษณะสีเหลือง มีตะกอนเล็กน้อย สะท้อนการขับปัสสาวะจำนวนมากหลังไตที่ปลูกถ่ายเริ่มทำงาน จึงได้รับการปรับสารน้ำตามปริมาณปัสสาวะและค่า CVP อย่างใกล้ชิด ต่อมาพบเริ่มมีอาการบวมบริเวณแขนทั้งสองข้าง แพทย์จึงปรับแผนการให้สารน้ำ โดยคง 5% DN/2 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ร่วมกับ 0.45% NaCl 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราปัสสาวะชั่วโมงก่อนหน้า ลบ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ขณะเดียวกันยังคงติดตามปริมาณปัสสาวะ สีปัสสาวะ ภาวะบวม น้ำท่วมปอด และระดับอิเล็กโทรไลต์อย่างต่อเนื่อง มีการติดตามระดับยากดภูมิคุ้มกันในเลือด พบ Tacrolimus level 22.71 ng/mL

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ซึ่งสูงกว่าระดับเป้าหมาย แพทย์จึงปรับลดขนาดยา Prograf จากเดิม 2 มิลลิกรัม รับประทานเวลา 08.00 น. และ 20.00 น. เป็น Prograf 1 มิลลิกรัม รับประทานเวลา 08.00 น. และ 20.00 น. และวางแผนติดตามระดับยา Tacrolimus เข้าวันที่ 12 กรกฎาคม 2568 เพื่อป้องกันพิษจากยา ได้แก่ nephrotoxicity, hypertension, hyperglycemia, tremor และ electrolyte imbalance แพทย์เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนชนิดโซเดียมต่ำและแบคทีเรียต่ำ ผู้ป่วยรับประทานได้ประมาณ 5-10 คำ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ได้รับการส่งเสริมให้รับประทานอาหารทีละน้อย บ่อยครั้ง และเฝ้าระวังอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืดรวมทั้งติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา เนื่องจากได้รับยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน

วันที่ 11 กรกฎาคม 2568 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตวันที่ 3 รู้สึกตัวดี สื่อสารได้ หายใจด้วยอากาศห้อง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 95-100 ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยไม่ปวดแผลผ่าตัด Pain score 0 คะแนน สามารถลุกเดินและเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึมสายระบาย Jackson-Pratt drain มีสารคัดหลั่งสีแดงจาง 20-30 มิลลิลิตรต่อเวอร์ ค่าความเข้มข้นเลือดอยู่ระหว่าง 34-35% ไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติ

เวลา 08.00 น. พบภาวะความดันโลหิตสูง 170/92 มิลลิเมตรปรอท MAP 118 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว แพทย์พิจารณาให้ Metoprolol ครึ่งเม็ดรับประทานทันที ภายหลังได้รับยา ความดันโลหิตลดลงอยู่ระหว่าง 150/78-157/81 มิลลิเมตรปรอท MAP 104-109 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ไม่มีอาการผิดปกติ

ผู้ป่วยมีปริมาณปัสสาวะ 180-510 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ลักษณะสีเหลืองฟาง ได้รับ 0.45% NaCl 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และส่งเสริมให้ดื่มน้ำวันละ 3.0-3.5 ลิตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ BUN 17 mg/dL, Creatinine 0.74 mg/dL, eGFR 93 mL/min/1.73m² แสดงถึงการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายดีขึ้นอย่างชัดเจน ระดับอิเล็กโทรไลต์มีแนวโน้มดีขึ้น โดย Na 141 mmol/L, K 3.69 mmol/L, Mg 2.11 mg/dL และ Ca 8.9 mg/dL แสดงว่าภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ได้รับการแก้ไขดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนชนิดโซเดียมต่ำและแบคทีเรียต่ำได้ประมาณครึ่งถาด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ด้านกิจกรรมผู้ป่วยสามารถลุกเดินและเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น ลดข้อจำกัดจากอาการปวดแผลผ่าตัดและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาและการทำงานของไตที่ปลูกถ่าย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดี

ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 โดยมีมุ่งเน้นการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างใกล้ชิด ครอบคลุมการดูแลด้านระบบทางเดินหายใจ สมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะช็อค ภาวะเลือดออก ภาวะติดเชื้อ ติดตามน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาการปวด การส่งเสริมการพักผ่อน การทำกิจกรรม และภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ไม่พบภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลัน ไม่พบภาวะหลอดเลือดของไตที่ปลูกถ่ายตีบหรืออุดตัน ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติ และไม่พบภาวะติดเชื้อ ภายหลังการรักษาพบว่าไตที่ปลูกถ่ายสามารถทำงานได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถหายใจด้วยอากาศห้อง รับประทานอาหารได้มากขึ้น เคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมได้ดีขึ้น อาการปวดลดลง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

สัญญาณชีพคท และมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์จึงพิจารณาให้ย้ายไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคไต ขณะเดียวกันผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับประทานยาควบคุมคัมกัน และการปฏิบัติตัวหลังการปลูกถ่ายไตร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจนมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ภายหลังแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้โดยมีระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 15 วัน

จากการศึกษาในระหว่างที่อยู่ในความดูแล พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 14 ข้อ ดังนี้

1. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เนื่องจากการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้นหลังไตที่ปลูกถ่ายเริ่มทำงานและผลของยาควบคุมคัมกัน
2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
3. เสี่ยงต่อการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายบกพร่องเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการปลูกถ่ายไต
4. เสี่ยงต่อภาวะสลายไตเนื่องจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อไตที่ปลูกถ่ายจากผู้บริจาคสมองตาย
5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง
6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากได้รับยาควบคุมคัมกัน
7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ เนื่องจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ
8. มีภาวะชืดเนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากโรคไตเรื้อรังร่วมกับการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด
9. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากผลของยาสเตียรอยด์และยาควบคุมคัมกัน
10. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
11. มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและข้อจำกัดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์
12. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและสิ่งแวดล้อมรบกวน
13. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย
14. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากกระบวนการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มสูงขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

4.6 ขั้นตอนหลักการดำเนินการ

4.6.1 คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล จำนวน 1 ราย ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และรับไว้ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1

4.6.2 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติ และการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4.6.3 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ ภาพถ่ายรังสี และแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.6.4 ศึกษาค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัย วิทยุทางพยาบาล และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขอคำปรึกษาจากหัวหน้างานและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วย

4.6.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา วางแผนและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

4.6.6 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4.6.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

4.6.8 รวบรวมข้อมูล ประสพการณ์ และผลการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างภาคทฤษฎีกับการปฏิบัติจริง

4.6.9 เรียบเรียงผลงาน สรุปผลการศึกษา จัดทำเอกสารวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และนำเสนอผลงานตามลำดับ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease; ESRD) รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันอังคารและวันศุกร์) ขึ้นทะเบียนรอรับการปลูกถ่ายไตที่โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย ระหว่างวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 15 วัน

ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลของทีมสหสาขาวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 โดยมุ่งเน้นการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤต รวมทั้งลดความรุนแรงของภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่ แพทย์พิจารณาให้ย้ายไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคไต เพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งวางแผนการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลการรักษาพบว่าไตที่ปลูกถ่ายสามารถทำงานได้ดี ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวหลังการปลูกถ่ายไตได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 14 ข้อ ดังนี้

1. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เนื่องจากการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้นหลังไตที่ปลูกถ่ายเริ่มทำงานและผลของยาคุมภูมิคุ้มกัน
2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
3. เสี่ยงต่อการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายบกพร่องเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการปลูกถ่ายไต
4. เสี่ยงต่อภาวะสลายไตเนื่องจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อไตที่ปลูกถ่ายจากผู้บริจาคสมองตาย
5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง
6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากได้รับยาคุมภูมิคุ้มกัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ เนื่องจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ
8. มีภาวะช็อคเนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากโรคไตเรื้อรังร่วมกับการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด
9. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากผลของยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน
10. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
11. มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและข้อจำกัดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์
12. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและสิ่งแวดล้อมรบกวน
13. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย
14. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากกระบวนการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มสูงขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล

5.2.2 บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทั้งด้านพยาธิสภาพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลเฉพาะทาง สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

5.2.3 กรณีศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในหอผู้ป่วยหนัก สอดคล้องกับเป้าหมายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) และพันธกิจของโรงพยาบาลขอนแก่นในการพัฒนาระบบบริการและศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ในหอผู้ป่วยหนักอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเกิดความพึงพอใจต่อการพยาบาลและการบริการที่ได้รับ

6.2 ด้านองค์กร โรงพยาบาลขอนแก่นสามารถบรรลุเป้าหมายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 ด้านวิชาชีพ สามารถนำกรณีศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ในหอผู้ป่วยหนัก สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล และผู้ที่สนใจ รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤต ลดความรุนแรงของภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะ 72 ชั่วโมงแรก (Immediate postoperative period) มีความยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากเป็นระยะวิกฤตที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤต รวมทั้งลดความรุนแรงของภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินสัญญาณชีพและระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่องภายหลังการดมยาสลบ โดยประเมินอุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก ด้านการควบคุมสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีความซับซ้อนเนื่องจากภายหลังการผ่าตัดไตใหม่เริ่มทำงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณปัสสาวะและระดับอิเล็กโทรไลต์อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะระดับโพแทสเซียมและแมกนีเซียม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ พยาบาลจึงต้องมีการบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประเมินภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างใกล้ชิด

นอกจากนี้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจำเป็นต้องอาศัยการประเมินทางคลินิกและการตัดสินใจอย่างรอบคอบ เพื่อให้มีแรงดันเลือดไปเลี้ยงไตใหม่ (Perfusion pressure) อย่างเพียงพอ โดยไม่มากเกินไปจนเกิดภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) ซึ่งพยาบาลต้องใช้ข้อมูลจากปริมาณปัสสาวะ สัญญาณชีพ และค่าความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางในการประเมินร่วมกัน การประเมินอาการปวดภายหลังผ่าตัดยังมีความซับซ้อน เนื่องจากต้องแยกอาการปวดแผลผ่าตัดทั่วไปออกจากอาการปวดตึงบริเวณไตที่ปลูกถ่าย (Graft tenderness) ซึ่งอาจเป็นสัญญาณเตือนของภาวะสลัดไต (Rejection) หรือภาวะอุดตันของท่อไต รวมทั้งต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออก ภาวะก้อนเลือดคั่ง (Hematoma) และการกดเบียดหลอดเลือดของไตใหม่ โดยประเมินจากลักษณะแผลผ่าตัด ปริมาณเลือดหรือสารคัดหลั่งหลังจากสายระบาย และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อและภาวะสลัดไต เนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกัน พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะสลัดไต เช่น มีไข้ ปวดบริเวณอวัยวะที่ปลูกถ่าย ปัสสาวะออกน้อย ปัสสาวะมีเลือดปน และค่าครีเอตินินสูงขึ้น รวมทั้งติดตามระดับยากดภูมิคุ้มกันให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม พร้อมทั้งสังเกตผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว และระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเป็นอย่างดี รวมทั้งมีทักษะในการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision making) การใช้ข้อมูลทางคลินิกในการวิเคราะห์ปัญหา และการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างทันทั่วทั้งที่ เมื่อพบสัญญาณเริ่มแรกของภาวะวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะ 72 ชั่วโมงแรก (Immediate postoperative period) มีความซับซ้อนและแตกต่างจากการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป เนื่องจากต้องเฝ้าระวังการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายอย่างใกล้ชิด มีการติดตามและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง รวมทั้งควบคุมการให้สารน้ำอย่างเคร่งครัด เพื่อให้มีแรงดันเลือดไปเลี้ยงไตใหม่อย่างเพียงพอ โดยไม่มากเกินไปจนเกิดภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) นอกจากนี้ ยังต้องเฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การทำงานของไตที่ปลูกถ่าย ภาวะสลัดไต และการติดเชื้อจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เฉพาะทางเกี่ยวกับพยาธิสภาพ แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต รวมทั้งต้องมึ ทักษะในการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision making) เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างทันท่วงทีเมื่อพบสัญญาณเริ่มแรกของภาวะวิกฤต

อย่างไรก็ตาม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 โรงพยาบาลขอนแก่น มีพยาบาลจบใหม่ที่ยังไม่ได้ ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต คิดเป็นร้อยละ 58.1 ส่งผลให้บุคลากรบางส่วน ยังขาดประสบการณ์ในการประเมินอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ในระยะวิกฤต ทำให้อัตราการล้มเหลวของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีจำนวนจำกัด

ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาได้มีการทบทวนองค์ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประสานงานและให้คำแนะนำแก่พยาบาลรุ่นใหม่ในการประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการรักษา ตลอดจนประสานงานร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และลดโอกาส การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ด้านผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะ 72 ชั่วโมงแรก (Immediate postoperative period) จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วย หลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาล เฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่อาจนำไปสู่ ภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งควรมีการให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจกับญาติเกี่ยวกับอาการและ แผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ ความไว้วางใจ และเตรียมความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

9.2 ด้านการบริการพยาบาล ควรมีการพัฒนาและทบทวนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ปลูกถ่ายไตให้เป็นมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมคุณภาพ การพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต โดยเฉพาะด้านการประเมินอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และทักษะในการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision making) เพื่อให้สามารถประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างทันท่วงที เมื่อพบสัญญาณเริ่มแรกของภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 วันที่ 5 มกราคม พ.ศ 2569

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวประภาพร พลบำรุง สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)นางสาวประภาพร พลบำรุง.....
 (นางสาวประภาพร พลบำรุง)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) 6 / ส.ค. / 2569
 ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวประภาพร พลบำรุง	นางสาวประภาพร พลบำรุง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)นางนิตยา ทองเงิน.....
 (นางนิตยา ทองเงิน)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 (วันที่) 6 / สิงหาคม / 2569
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)นางยุรดา จนนุลอย.....
 (นางยุรดา จนนุลอย)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 (วันที่) 6 ส.ค. 2569
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)นางพินรุจิ จอมเพชร.....
 (นางพินรุจิ จอมเพชร)
 (ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล
 (วันที่) 8 / สิงหาคม / 2569
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (.....) (นายนิทกร สอนชา)
 (ตำแหน่ง)
 รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
 (วันที่) 14 มิ.ย. 2569
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
 อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ได้ ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2. หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยในระยะดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต หรือการรักษาแบบประคับประคอง (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565) โดยการปลูกถ่ายไตถือเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไตในระยะยาว และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งถือเป็นระยะวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายบกพร่อง ภาวะสลายไต ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะติดเชื้อ ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะความดันโลหิตสูง และผลข้างเคียงจากยากดภูมิคุ้มกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตที่ปลูกถ่าย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และผลลัพธ์การรักษาในระยะยาว (จิรารัตน์ สุพร, 2567) ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

จากสถิติของศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย จำนวน 17, 20 และ 32 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 จำนวน 6, 12 และ 17 ราย ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและติดตามการทำงานของไตใหม่อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนข้อมูลของหน่วยงานพบว่าพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 ร้อยละ 58.1 ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการประเมินอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ดังนั้น ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับกรอบการประเมินผู้ป่วยวิกฤต FANCAS เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนการพยาบาล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ อันจะช่วยเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาล ลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน

ที่ป้องกันได้ และพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและนโยบายการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลขอนแก่นต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ปัจจุบันการผ่าตัดปลูกถ่ายไตถือเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไตระยะยาว การปลูกถ่ายไตสามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living kidney transplantation) และการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย (Cadaveric kidney transplantation) (จิรารัตน์ สุพร, 2567)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Immediate postoperative period) ถือเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีความซับซ้อนในการดูแลสูง และอาจมีการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น ภาวะสลายไต การทำงานของไตที่ปลูกถ่ายผิดปกติ ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะติดเชื้อ ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต รวมทั้งผลข้างเคียงจากยากดภูมิคุ้มกัน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤต ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการทำงานของไตที่ปลูกถ่าย

จากข้อมูลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่ามีผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 17, 20 และ 32 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน หอผู้ป่วยยังมีพยาบาลจบใหม่ที่ยังไม่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต คิดเป็นร้อยละ 58.1 ส่งผลให้การประเมินอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ร่วมกับกรอบการประเมินผู้ป่วยวิกฤต FANCAS เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินวางแผนการพยาบาล เฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้พยาบาลสามารถตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision making) และประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อพบสัญญาณเริ่มแรกของภาวะวิกฤต

แนวทางดังกล่าวคาดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย ลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และส่งเสริมการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายในระยะยาว รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและการพยาบาลแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและเป้าหมายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลขอนแก่น

แนวความคิด

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของเอ็ดวาร์ด เดมมิง (Edward Deming) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนางาน โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิง (Deming Cycle) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2562) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการค้นหาปัญหาและระบุปัญหาทางคลินิก โดยใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่ง ได้แก่

1.1.1 Practice Triggered จากการทบทวนการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 พบว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีน้อยกว่าร้อยละ 50 ส่งผลให้พยาบาลบางส่วนยังขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญ และความมั่นใจในการประเมินอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะวิกฤต

1.1.2 Knowledge Triggered จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง พบว่าแม้โรงพยาบาลขอนแก่นจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตอยู่แล้ว แต่ยังขาดการพัฒนากระบวนการพยาบาลที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะวิกฤตอย่างเป็นระบบ

1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ให้พยาบาลสามารถประเมิน เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

1.3 กำหนดเป้าหมายเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต สามารถลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

1.4 ศึกษาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูลจากตำรา งานวิจัย แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

2. ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Do) นำรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 ภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยเน้นการประเมินอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การดูแลสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การดูแลการทำงานของไตที่ปลูกถ่าย การให้ยาตามภูมิคุ้มกันอย่างถูกต้อง และการตัดสินใจทางคลินิกร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ขั้นตอนการตรวจสอบและประเมินผล (Check)

3.1 ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะสลายไต การติดเชื้อ และความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.2 ประเมินความรู้ ความมั่นใจ และความพึงพอใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต

3.3 วิเคราะห์ผลการดำเนินงานร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อประเมินว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต สามารถช่วยเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้มากน้อยเพียงใด

4. ขั้นตอนการปรับปรุงพัฒนา (Act)

4.1 ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตามข้อเสนอแนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานมากยิ่งขึ้น

4.2 ขยายผลการดำเนินงานและเผยแพร่แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตแก่บุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานอื่นที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อเสนอ

การรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย (Deceased donor) ผ่านศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งผู้บริจาคและผู้รับบริจาคอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการดำเนินงานล่าช้าของไตที่ปลูกถ่าย (Delayed graft function: DGF) โดยไตที่ได้รับการปลูกถ่ายควรมีระยะเวลา Cold ischemic time น้อยกว่า 24 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ไตที่ปลูกถ่ายสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ทีมผู้ดูแลจึงต้องมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร ห้องแยก เครื่องมือ และอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนและเหมาะสม โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Immediate postoperative period) ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสม

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง ควรมีการดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดให้การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะวิกฤต 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นแนวทางการพยาบาลมาตรฐานของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมิน เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ลดความแตกต่างในการปฏิบัติงาน และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ส่งเสริมการทบทวนองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาระบบการถ่ายทอดองค์ความรู้จากพยาบาลที่ผ่านการอบรมไปสู่พยาบาลจบใหม่ เพื่อเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการตัดสินใจทางคลินิก

3. พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทั้งด้านบุคลากร ห้องแยก และอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิด delayed graft function (DGF)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. พยาบาลในหน่วยงานมีความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตแตกต่างกัน โดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ที่ยังไม่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต อาจส่งผลให้การประเมินอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการตัดสินใจทางคลินิกมีความแตกต่างกัน แนวทางแก้ไข คือ ส่งเสริมการถ่ายทอดองค์ความรู้จากพยาบาลที่มีประสบการณ์สู่พยาบาลจบใหม่ จัดระบบพี่เลี้ยง (Mentor system) และสนับสนุนการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่องภายในหน่วยงาน

2. การรับผู้ป่วยปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตายมีความเร่งด่วนในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านบุคลากร ห้องแยก และอุปกรณ์ เพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยได้ทันเวลา แนวทางแก้ไข คือ พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานให้มีความชัดเจน กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร และจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ

3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะ 72 ชั่วโมงแรกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน เช่น ภาวะสลายไต การติดเชื้อ ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และภาวะการทำงานของไตใหม่เสียหายที่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แนวทางแก้ไข คือ ใช้การพยาบาลตามมาตรฐานและติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลและประสานทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างทันท่วงที

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงปริมาณ

4.1.1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

4.1.2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เช่น ภาวะสลายไต ภาวะการทำงานของไตใหม่เสียหายที่ ภาวะติดเชื้อ และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

4.1.3 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตสามารถพ้นภาวะวิกฤตและย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญได้ภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอย่างปลอดภัย

4.2 ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงคุณภาพ

4.2.1 พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตมากขึ้น

4.2.2 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

4.2.3 สามารถพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในหอผู้ป่วยหนักให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 อัตราการเกิดภาวะการทำงานของไตใหม่เสียหายที่ภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เท่ากับร้อยละ 0

5.2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

5.3 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ร้อยละ 100

5.4 พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 1 สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 90

(ลงชื่อ).....*วิระกมล พงษ์ศิริ*.....

(นางสาวประภาพร พลบำรุง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่*6*...../*ก.ค.*...../*2562*.....

ผู้ขอประเมิน