



ประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

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

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๔ ราย ดังนี้

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ - สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑	นางสาวคณิงพร ยิ่งสุจริตพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒	นายธีรพงศ์ เล็กดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
๓	นางสาวจิตรา เขียววงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตจวกรักษาพิเศษ
๔	นางสาวขวัญจิต เสนาวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล

/หากพ้น...

หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

๑๐.๑๑

(นายประจวบ รักแพทย์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวกนิษฐ ยิ่งสุจริตพันธุ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๔๘๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	๒๒๔๔๘๒	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นายธีรพงศ์ เล็กดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๔๔๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๔๔๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๓	นางสาวจิตรา เขียววงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๔๙๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๔๙๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๔	นางสาวขวัญจิต เสนาวงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๔๘๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๔๘๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในระยะวิกฤต : กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๘ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวทางการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการทำหัตถการ ERCP ในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาระบบพยาบาลนำทางเชิงรุกร่วมกับระบบแจ้งเตือนผลพยาธิวิทยา ศูนย์รักษเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในระยะวิกฤต : กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๘ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวทางการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการทำหัตถการ ERCP ในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"						๑๐๐%

ขงขมัส

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สาเหตุของโรคท่อน้ำดีอักเสบ

ท่อน้ำดีอักเสบเป็นภาวะที่มักเกิดจากการอุดตันของทางเดินน้ำดีร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลให้น้ำดีไม่สามารถไหลผ่านได้ตามปกติ สาเหตุของการอุดตันมีได้หลายประการ ทั้งจากนิ่ว เนื้องอก การตีบแคบของท่อน้ำดี หรือภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการทางการแพทย์ ซึ่งสาเหตุสำคัญมีดังต่อไปนี้ (American Society for Gastrointestinal Endoscopy, ๒๐๒๐)

๑. นิ่วในท่อน้ำดี (Cholelithiasis) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด โดยนิ่วจะไปอุดตันทางเดินน้ำดี ทำให้น้ำดีไม่สามารถไหลลงสู่ลำไส้ได้ตามปกติ เกิดการคั่งของน้ำดีและเชื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อของท่อน้ำดี ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้อง ไข้ และตัวเหลือง

๒. เนื้องอกหรือมะเร็งของทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ก้อนเนื้องอกหรือมะเร็ง สามารถกดเบียดหรืออุดตันทางเดินน้ำดี ทำให้น้ำดีไหลผ่านได้ไม่สะดวก เมื่อเกิดการคั่งของน้ำดีจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดภาวะท่อน้ำดีอักเสบ

๓. ภาวะท่อน้ำดีตีบแคบ (Biliary stricture) ภาวะนี้อาจเกิดจากการอักเสบเรื้อรัง การผ่าตัด หรือภายหลังการทำหัตถการเกี่ยวกับทางเดินน้ำดี ทำให้ท่อน้ำดีมีขนาดแคบลง ส่งผลให้น้ำดีไหลได้ไม่ดีและเกิดการคั่งสะสม จนนำไปสู่การติดเชื้อและการอักเสบของท่อน้ำดีในที่สุด

๔. การติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อแบคทีเรียจากลำไส้สามารถย้อนเข้าสู่ทางเดินน้ำดีได้ โดยเฉพาะเมื่อมีการอุดตันของน้ำดี เชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ *Escherichia coli*, *Klebsiella* และ *Enterococcus* การติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่น และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

๕. ภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้องหรือผ่าตัดทางเดินน้ำดี ภายหลังการทำ ERCP หรือการผ่าตัดทางเดินน้ำดี อาจเกิดการระคายเคือง การติดเชื้อ หรือการอุดตันของทางเดินน้ำดีได้ หากมีการดูแลไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดภาวะท่อน้ำดีอักเสบตามมา

๖. พยาธิในทางเดินน้ำดี ในบางพื้นที่พบว่าพยาธิสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินน้ำดีและทำให้เกิดการอุดตันหรือการอักเสบได้ เช่น พยาธิใบไม้ตับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ตัวเหลือง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเรื้อรังของทางเดินน้ำดี

๗. ความผิดปกติแต่กำเนิดของทางเดินน้ำดี ความผิดปกติของโครงสร้างทางเดินน้ำดี เช่น ถุงน้ำของท่อน้ำดี (Choledochal cyst) อาจทำให้การไหลเวียนของน้ำดีผิดปกติและเกิดการคั่งของน้ำดี ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อและการอักเสบของท่อน้ำดีได้ง่ายกว่าคนปกติ

อาการและอาการแสดงของโรคท่อน้ำดีอักเสบ

โรคท่อน้ำดีอักเสบเป็นภาวะติดเชื้อและอักเสบของระบบทางเดินน้ำดี ซึ่งมักเกิดร่วมกับการอุดตันของท่อน้ำดี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง อาการและอาการแสดงที่พบสามารถแบ่งได้ดังนี้ (American Society for Gastrointestinal Endoscopy, ๒๐๒๐)

๑. ไข้และหนาวสั่น ผู้ป่วยมักมีไข้สูงร่วมกับอาการหนาวสั่น เนื่องจากร่างกายมีการติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินน้ำดี อาการไข้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และอาจมีเหงื่อออก อ่อนเพลีย หรือรู้สึกไม่สบายร่วมด้วย หากการติดเชื้อรุนแรงอาจนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา เกิดจากการอักเสบและการคั่งของน้ำดีภายในท่อน้ำดี ผู้ป่วยมักมีอาการปวดแน่นหรือจุกบริเวณใต้ชายโครงขวา บางรายอาจปวดร้าวไปบริเวณหลังหรือไหล่ขวา อาการปวดอาจสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูง

๓. ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice) เมื่อท่อน้ำดีเกิดการอุดตัน จะทำให้สารบิลิรูบินไม่สามารถขับออกทางลำไส้ได้ตามปกติ ส่งผลให้มีการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด ผู้ป่วยจึงมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม และอุจจาระสีซีด ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดี

๔. คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย หรือเบื่ออาหาร เนื่องจากการอักเสบของระบบทางเดินน้ำดีส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและสูญเสียสารน้ำได้ง่าย

๕. อาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย การติดเชื้อและการอักเสบทำให้ร่างกายใช้พลังงานมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนแรง เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง และทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย

๖. ภาวะติดเชื้อรุนแรงและช็อก ในกรณีที่มีการติดเชื้อรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว ซีมลง สับสน หรือหมดสติ ซึ่งเป็นอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อก ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

อาการสำคัญของโรคที่พบร่วมกันบ่อยเรียกว่า Charcot's triad ได้แก่ ไข้ ปวดชายโครงขวา และตัวเหลือง ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบ และหากมีอาการรุนแรงร่วมกับความดันโลหิตต่ำหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง จะเรียกว่า Reynolds' pentad ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะรุนแรงของโรค

๓.๑.๒ แนวทางการวินิจฉัยโรคท่อน้ำดีอักเสบ

การวินิจฉัยโรคท่อน้ำดีอักเสบสามารถทำได้หลายวิธี โดยแนวทางการวินิจฉัยที่นิยมใช้อ้างอิงในปัจจุบัน คือ Tokyo Guidelines ซึ่งช่วยในการประเมินภาวะอักเสบ การอุดตันของทางเดินน้ำดี และการติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดี มีรายละเอียดดังนี้ (สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖)

๑. การซักประวัติและอาการสำคัญ ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการไข้ หนาวสั่น ปวดบริเวณชายโครงขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง คลื่นไส้ อาเจียน หรือเบื่ออาหาร ซึ่งอาการสำคัญที่พบร่วมกันเรียกว่า Charcot's triad ได้แก่ ไข้ ปวดชายโครงขวา และตัวเหลือง นอกจากนี้ควรซักประวัติโรคนี้ในถุงน้ำดี โรคตับ การผ่าตัด หรือการส่องกล้องทางเดินน้ำดีมาก่อน

๒. การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายอาจพบไข้ กดเจ็บบริเวณชายโครงขวา ตาเหลือง ตัวเหลือง และในรายที่มีอาการรุนแรงอาจพบภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว หรือมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจบ่งบอกถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจเลือดมักพบเม็ดเลือดขาวสูง บ่งบอกถึงการติดเชื้อ รวมถึงค่าการทำงานของตับผิดปกติ เช่น Total bilirubin, ALP, AST และ ALT สูงขึ้น นอกจากนี้อาจตรวจพบภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือการทำงานของไตลดลงในรายที่มีอาการรุนแรง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. การตรวจทางรังสีวินิจฉัย การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง เป็นการตรวจเบื้องต้นที่ช่วยประเมินการขยายตัวของท่อน้ำดี นิ่ว หรือภาวะอุดตันของทางเดินน้ำดี นอกจากนี้อาจใช้การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือ MRI เพื่อช่วยวินิจฉัยสาเหตุและตำแหน่งของการอุดตันได้ชัดเจนมากขึ้น

๕. การส่องกล้องตรวจและรักษาทางเดินน้ำดี การทำ ERCP เป็นทั้งการตรวจวินิจฉัยและการรักษา โดยสามารถมองเห็นตำแหน่งการอุดตัน เก็บตัวอย่างตรวจ และระบายทางเดินน้ำดีหรือเอานิ่วออกได้ ซึ่งถือเป็นวิธีสำคัญในการรักษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบที่มีการอุดตันของทางเดินน้ำดี

๓.๑.๓ การรักษาโรคท่อน้ำดีอักเสบ

การรักษาโรคท่อน้ำดีอักเสบมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมการติดเชื้อ ระบายการอุดตันของทางเดินน้ำดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยแนวทางการรักษาจะพิจารณาตามสาเหตุและความรุนแรงของโรค ซึ่งประกอบด้วยการรักษาดังนี้ (สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖)

๑. การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive treatment) ผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและรักษาสมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต รวมถึงการติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ดูแลภาวะไข้ ปวดท้อง และภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจจำเป็นต้องดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต

๒. การให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic therapy) การให้ยาปฏิชีวนะมีบทบาทสำคัญในการรักษาการติดเชื้อของทางเดินน้ำดี โดยแพทย์จะเลือกใช้ยาครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียแกรมลบและเชื้อในระบบทางเดินอาหาร เช่น Ceftriaxone, Piperacillin/Tazobactam หรือ Meropenem ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและผลเพาะเชื้อ

๓. การระบายการอุดตันของทางเดินน้ำดี เป็นการรักษาสำคัญในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อน้ำดี โดยเฉพาะจากนิ่วหรือภาวะตีบแคบ วิธีที่นิยมใช้คือ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) ซึ่งสามารถระบายหนอง เอานิ่วออก ใส่สายระบาย หรือขยายท่อน้ำดีได้ ช่วยลดการคั่งของน้ำดีและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. การรักษาด้วยการผ่าตัด ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาด้วย ERCP ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดเอานิ่วออก การผ่าตัดแก้ไขทางเดินน้ำดี หรือการผ่าตัดรักษาเนื้องอกและมะเร็งของทางเดินน้ำดี

๕. การรักษาภาวะแทรกซ้อน หากผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อก หรืออวัยวะล้มเหลว จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด เช่น การให้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ออกซิเจน หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรค

๓.๒ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล

๓.๒.๑ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดี

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดี มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นตัวหลังทำหัตถการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยสามารถแบ่งการพยาบาลได้ดังนี้ (กนกอร ตางจรรยา, ๒๕๖๕)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑. การพยาบาลก่อนการส่องกล้องทางเดินน้ำดี

การพยาบาลก่อนการทำ ERCP มีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ลดความวิตกกังวล และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการทำหัตถการ

กิจกรรมการพยาบาล

๑.๑ ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ อาการปวดท้อง ใช้ตัวเหลือง ตาเหลือง และประเมินความพร้อมก่อนทำหัตถการ

๑.๒ ชักประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด และการใช้ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น Aspirin หรือ Warfarin เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ

๑.๓ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC ค่าเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด และค่าการทำงานของตับ เพื่อประเมินความเสี่ยงก่อนการรักษา

๑.๔ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการส่องกล้อง และการปฏิบัติตัวก่อน-หลังการตรวจให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

๑.๕ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย พร้อมให้กำลังใจและสนับสนุนด้านจิตใจ

๑.๖ ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย ๖-๘ ชั่วโมงก่อนทำหัตถการ เพื่อป้องกันการสำลักขณะได้รับยาระงับความรู้สึก

๑.๗ เตรียมเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา เพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย

๑.๘ ดูแลให้ผู้ป่วยถอดฟันปลอม เครื่องประดับ หรือสิ่งของที่อาจรบกวนการทำหัตถการ และเตรียมความพร้อมในการส่งตรวจ

๑.๙ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบหลังทำหัตถการ

๑.๑๐ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

๒. การพยาบาลระหว่างการส่องกล้องทางเดินน้ำดี

การพยาบาลในระยะนี้ มีจุดมุ่งหมายสำคัญในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการส่องกล้องและการให้ยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

๒.๑ จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่เหมาะสมตามแผนการรักษา เช่น ท่านอนคว่ำหรือท่านอนตะแคง เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่องกล้องและลดความเสี่ยงต่อการสำลัก

๒.๒ ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา และติดตามระดับออกซิเจนในเลือดอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

๒.๓ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และระดับความรู้สึกตัว อย่างใกล้ชิดตลอดการทำหัตถการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.๙ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน

๓.๑๐ บันทึกอาการ การพยาบาล และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เพื่อใช้ในการติดตามอาการและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

๔. การให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย

การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยหลังทำ ERCP มีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำ พยาบาลควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้านการปฏิบัติตัว การรับประทานยา และการสังเกตอาการผิดปกติ ดังนี้

๔.๑ แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ และหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมหนักในช่วง ๒๔-๔๘ ชั่วโมงแรกหลังทำหัตถการ เพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๔.๒ แนะนำการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง อาหารรสจัด หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะแรก เพื่อป้องกันการระคายเคืองของระบบทางเดินอาหารและทางเดินน้ำดี

๔.๓ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาลดปวด หรือยาอื่น ๆ พร้อมอธิบายวิธีใช้ยา ผลข้างเคียง และข้อควรระวังในการใช้ยา

๔.๔ แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้องรุนแรง คลื่นไส้อาเจียนมาก อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หรือหายใจลำบาก หากพบอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์ทันที

๔.๕ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอ หากไม่มีข้อห้าม เพื่อช่วยรักษาสมดุลของร่างกายและส่งเสริมการไหลเวียนของน้ำดี

๔.๖ แนะนำการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจกระตุ้นให้เกิดการติดเชื้อหรือการอักเสบของทางเดินน้ำดีซ้ำ

๔.๗ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด และความสำคัญของการติดตามผลการรักษา เพื่อประเมินอาการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

๔.๘ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้าน พร้อมทั้งประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

๔.๙ สนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังกลับบ้าน

๔.๑๐ บันทึกข้อมูลการให้คำแนะนำและการตอบสนองของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เพื่อใช้ในการติดตามและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

๓.๒.๒ แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ FANCAS

การประเมินผู้ป่วยตามแนวคิด FANCAS เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมที่ช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม โดยมุ่งเน้นการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย แนวคิด FANCAS ประกอบด้วย ๖ ด้าน ได้แก่ Fluid, Aeration, Nutrition,

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Communication, Activity และ Stimulation ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Holloway, ๑๙๘๔)

F: Fluid

การประเมินด้านสารน้ำ เป็นการประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกิน พยาบาลควรประเมินปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ลักษณะผิวหนัง ความชุ่มชื้นของเยื่อช่องปาก อาการบวม และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Sodium, Potassium และ Hematocrit รวมถึงสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว หรือปัสสาวะออกน้อย ซึ่งอาจบ่งบอกถึงภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ

A: Aeration

การประเมินด้านการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซ เป็นการประเมินความโล่งของทางเดินหายใจและประสิทธิภาพในการหายใจของผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินอัตราและลักษณะการหายใจ ฟังเสียงปอด วัดระดับออกซิเจนในเลือด และสังเกตอาการหอบเหนื่อยเขียวคล้ำ หรือการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือได้รับออกซิเจน ควรดูแลอุปกรณ์ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนอย่างใกล้ชิด

N: Nutrition

การประเมินด้านโภชนาการ เป็นการประเมินภาวะโภชนาการและความสามารถในการได้รับสารอาหารของผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ความอยากอาหาร ภาวะกลืนลำบาก คลื่นไส้อาเจียน รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Albumin และ Total protein เพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพออาจส่งผลให้แผลหายช้า ภูมิคุ้มกันลดลง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

C: Communication

การประเมินด้านการสื่อสาร เป็นการประเมินความสามารถในการรับรู้ การพูด การฟัง และการแสดงออกของผู้ป่วย รวมถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยญาติ และทีมสุขภาพ พยาบาลควรประเมินระดับความรู้สึกตัว ความเข้าใจในการรักษา ความสามารถในการสื่อสารความต้องการหรืออาการผิดปกติ รวมทั้งสังเกตภาวะวิตกกังวลหรือความเครียด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

A: Activity

การประเมินด้านกิจกรรมและการเคลื่อนไหว เป็นการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พยาบาลควรประเมินกำลังกล้ามเนื้อ ความสามารถในการลุกนั่ง เดิน หรือช่วยเหลือตนเอง รวมถึงอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หรือข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้น้อย มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน จึงควรส่งเสริมการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

S: Stimulation

การประเมินด้านการกระตุ้นและการตอบสนอง เป็นการประเมินการรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ทั้งด้านประสาทสัมผัส อารมณ์ และจิตใจ พยาบาลควรประเมินการตอบสนองต่อแสง เสียง การสัมผัส รวมถึงภาวะสับสน ซึม หรือกระสับกระส่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้สูงอายุ การดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและการสนับสนุนด้านจิตใจจะช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

โรคท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) เป็นภาวะติดเชื้อและการอักเสบของระบบทางเดินน้ำดีที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคทางเดินน้ำดี โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะอุดตันของท่อน้ำดีจากนิ่ว เนื้องอก หรือการตีบแคบของท่อน้ำดี โรคนี้ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่มีความรุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว (สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖) โรคท่อน้ำดีอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารและทางเดินน้ำดี โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคตับ หรือโรคนิ่วในถุงน้ำดี (Homayoun Shojamanesh, ๒๐๒๖) สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี ๒๕๖๗-๒๕๖๘ พบผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ ๑๔.๗ เป็นร้อยละ ๒๒.๙ (เวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น, ๒๕๖๘) สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมถึงเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตของผู้ป่วย (กนกอร ตางจรัส, ๒๕๖๕)

โรคท่อน้ำดีอักเสบเกิดจากการอุดตันของทางเดินน้ำดีร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรีย ทำให้น้ำดีไม่สามารถไหลผ่านได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดการคั่งของน้ำดีภายในท่อน้ำดีและเกิดการเพิ่มความดันในระบบทางเดินน้ำดี เชื้อแบคทีเรียจากลำไส้จึงสามารถย้อนเข้าสู่ทางเดินน้ำดีและก่อให้เกิดการอักเสบได้ เชื้อที่พบบ่อยได้แก่ Escherichia coli, Klebsiella และ Enterococcus เมื่อเกิดการอักเสบจะส่งผลให้เซลล์ของทางเดินน้ำดีบวม มีการทำลายเนื้อเยื่อ และอาจลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดจนเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือภาวะช็อกได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวและเสียชีวิตได้ (American Society for Gastrointestinal Endoscopy, ๒๐๒๐) ผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบมักมีอาการสำคัญ ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง คลื่นไส้อาเจียน และอ่อนเพลีย ซึ่งอาการดังกล่าวเรียกว่า Charcot's triad ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจพบความดันโลหิตต่ำ ซึมลง หรือมีภาวะช็อกร่วมด้วย อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมักไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รับประทานอาหารได้น้อย เกิดภาวะอ่อนเพลีย และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ปัจจุบันการรักษาโรคท่อน้ำดีอักเสบมุ่งเน้นการควบคุมการติดเชื้อและการระบายการอุดตันของทางเดินน้ำดี ผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำ ยาปฏิชีวนะ และการรักษาตามอาการร่วมกับการทำหัตถการเพื่อระบายทางเดินน้ำดี โดยวิธีที่นิยมใช้ คือ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หรือการส่องกล้องตรวจและรักษาทางเดินน้ำดี ซึ่งสามารถช่วยเอานิ่วออก ใส่สายระบาย หรือขยายท่อน้ำดีที่ตีบแคบได้ ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วย ERCP อาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ เลือดออก การติดเชื้อ หรือภาวะลำไส้ทะลุ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้อง ERCP พยาบาลต้องประเมินอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ ยาปฏิชีวนะ และการรักษาตามแผนการรักษา รวมทั้งเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำหัตถการ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัย ลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดี เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

๔.๒ วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการด้านการพยาบาลของผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการส่องกล้อง

๔.๒.๒ เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีให้เป็นมาตรฐาน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีอย่างครอบคลุม

๔.๓.๒ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการด้านการพยาบาลของผู้ป่วยในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการส่องกล้องทางเดินน้ำดี

๔.๓.๓ เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัว

๔.๓.๔ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดีในหน่วยงานต่อไป

๔.๔ สารสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๙ ปี น้ำหนัก ๗๙ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร มีโรคประจำตัว คือ โรคเกาต์ และนิ่วในท่อน้ำดี มีประวัติเมื่อ ๖ เดือนก่อน เคยได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดี (ERCP) เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๘ ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องบริเวณชายโครงขวานาน ๒ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ๑ วันมีอาการปวดท้องมากขึ้น ลักษณะปวดตื้อ ๆ ไม่ร้าวไปบริเวณอื่น ร่วมกับมีไข้สูงและตาเหลือง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholangitis) ร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดี และมีภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๘ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและใส่ท่อพลาสติกค้ำยันทางเดินน้ำดีชนิด ๒ เส้น (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography with double plastic stent) หลัง ออกจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenem ๑ gram IV q ๘ hr ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า Lactate ๓.๓๗ mmol/L บ่งบอกภาวะติดเชื้อในร่างกาย ต่อมาผล Hemo culture พบเชื้อ Escherichia coli (MDR) และผล Bile culture พบเชื้อ Proteus mirabilis และ Escherichia coli (MDR)

วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๖๘ ผู้ป่วยยังมีไข้สูง อุณหภูมิร่างกาย ๓๘.๕-๔๐ องศาเซลเซียส และมีความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต Noradrenaline (๔:๒๕๐) IV drip rate ๑๕ ml/hr เพื่อรักษาภาวะช็อก ค่า Lactate ลดลงเหลือ ๑.๗ mmol/L

วันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๘ ผู้ป่วยหายใจดี ไม่หอบเหนื่อย สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้และได้รับออกซิเจนชนิด High Flow Nasal Cannula (HFNC) ผู้ป่วยมีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถหย่ายากระตุ้นความดันโลหิตได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๘ อาการโดยรวมดีขึ้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มเติม แพทย์จึงพิจารณาย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ๑

วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๘ ผู้ป่วยสามารถลุกเดิน ร่างกายฟื้นตัวดีขึ้นตามลำดับ สามารถรับประทานอาหารได้และช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ อาการโดยรวมคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์จึงพิจารณาอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๘ วัน

ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ๔ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

๑. ผู้ป่วยมีภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดีและกระแสเลือด
๒. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
๓. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน

โลหิต

๔. ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดท้องจากภาวะท่อน้ำดีอักเสบ
๕. กิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว
๖. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังเข้ารับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดี

การพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ ผู้ป่วยมีภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดีและ

กระแสเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สีผิว อุณหภูมิปลายมือปลายเท้า และปริมาณปัสสาวะ เพื่อประเมินประสิทธิภาพการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ

๒. ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย และระดับออกซิเจนในเลือด เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปริมาณการไหลเวียนภายในร่างกาย

๔. ดูแลการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ได้แก่ Noradrenaline (๔:๒๕๐) IV drip rate ๑๕ ml/hr ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

๕. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Meropenem ๑ gram IV q ๘ hr และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา

๖. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Lactate, CBC, Hemoculture เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อและการตอบสนองต่อการรักษา

๗. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดกิจกรรมที่กระตุ้นการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

๘. ให้การพยาบาลด้วยหลัก Aseptic technique และล้างมือก่อน-หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก และสังเกตอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หอบเหนื่อยเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

๒. ฟังเสียงปอดและประเมินลักษณะเสมหะ ได้แก่ สี ปริมาณ และความเหนียวข้น เพื่อเฝ้าระวังภาวะเสมหะคั่งหรือปอดแฟบ

๓. ติดตามค่า Oxygen saturation อย่างต่อเนื่อง และดูแลให้อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๕ ตามแผนการรักษา

๔. ดูแลให้ออกซิเจนหลังถอดท่อช่วยหายใจตามแผนการรักษา ได้แก่ High flow nasal canular พร้อมประเมินการตอบสนองต่อการได้รับออกซิเจน

๕. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ

๖. จัดท่าศีรษะสูงประมาณ ๓๐-๔๕ องศา เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอดและเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ

๗. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำ Breathing exercise และ Deep breathing exercise เพื่อช่วยขยายถุงลมปอดและป้องกันภาวะปอดแฟบ

๘. ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา

๙. ติดตามผลการตรวจ Arterial blood gas และภาพถ่ายรังสีทรวงอก เพื่อประเมินประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซและภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ

๑๐. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกนั่ง ขยับร่างกาย และ Ambulate ตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพจรผิดปกติ ซึม สับสน หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ

๒. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกร่างกาย และติดตามปริมาณปัสสาวะ เพื่อประเมินสมดุลของสารน้ำ

๓. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา

๔. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Sodium, Potassium, Chloride, BUN, Creatinine และ Lactate เพื่อประเมินความผิดปกติของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

๕. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดท้องจากภาวะท่อน้ำดีอักเสบ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความปวดและลักษณะการปวด โดยใช้แบบประเมิน Numeric rating pain scale

๒. ติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วย เนื่องจากอาการปวดอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต

๓. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง และจัดท่านอน เช่น ท่าศีรษะสูงหรือท่าที่ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย

๔. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และประเมินผลหลังได้รับยา

๕. สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง เช่น หน้าท้องแข็ง กดเจ็บมากขึ้น ใช้สูงหรืออาการซีดลง

๖. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

๗. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล และจัดหมวดหมู่การพยาบาลพร้อมกัน เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๕ กิจกรรมประจำวันเปลี่ยนแปลง เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การลุกนั่ง การรับประทานอาหาร และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

๒. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถทำได้

๓. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ยกไม้กั้นเตียง จัดวางของใช้จำเป็นให้อยู่ใกล้มือ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือการพลัดตกหกล้ม

๔. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสมตามสภาพร่างกาย เช่น การพลิกตะแคงตัว การนั่งห้อยขา และการลุกเดินเมื่ออาการดีขึ้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และจัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมเพื่อลดการรบกวนการพักผ่อน

๖. ให้การดูแลด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การเช็ดตัว ดูแลช่องปาก และการเปลี่ยนเสื้อผ้า เพื่อส่งเสริมความสุขสบายและป้องกันการติดเชื้อ

๗. ส่งเสริมกำลังใจและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง

๘. ให้คำแนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๖ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังเข้ารับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดี

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเอง

๒. อธิบายเกี่ยวกับโรคท่อน้ำดีอักเสบ สาเหตุ อาการ และการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง

๓. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดี เช่น การพักผ่อนให้เพียงพอ การรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔. แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมอธิบายวิธีใช้ยา ข้อควรระวัง และอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น

๕. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่น ไข้สูง ปวดท้องรุนแรง ตัวเหลืองมากขึ้น อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายดำ

๖. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ระบบไหลเวียนและการขับถ่ายทำงานได้ดี

๗. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการยกของหนักหรือการทำกิจกรรมที่ใช้แรงมากในระยะแรกหลังการรักษา

๘. แนะนำการมาตรวจตามนัด และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๙. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งทบทวนความเข้าใจหลังการให้คำแนะนำ

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๕.๑ ศึกษาและทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับโรคท่อน้ำดีอักเสบ การรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดี รวมถึงแนวทางการพยาบาลจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

๔.๕.๒ คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดี จำนวน ๑ ราย ที่เข้ารับการรักษาทันทีที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ๔

๔.๕.๓ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

๔.๕.๔ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามแนวคิด FANCAS เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านการพยาบาลอย่างครอบคลุม

๔.๕.๕ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล กำหนดเป้าหมาย เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินน้ำดี ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

๙.๒ ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการประเมินอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง

๙.๓ ควรมีการจัดทำสื่อหรือคู่มือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการส่องกล้องทางเดินน้ำดี เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ในที่ประชุมของหน่วยงาน วันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๘

๑๑. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวคณิงพร ยิ่งสุจริตพันธุ์ ดำเนินการคิดเป็นสัตว์ส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *คณิงพร*

(นางสาวคณิงพร ยิ่งสุจริตพันธุ์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *๙* / *กุมภาพันธ์* / *๒๕๖๙*

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวคณิงพร ยิ่งสุจริตพันธุ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(..... น.ส.อาภัสตรา สันประภา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่ง
(วันที่) ๕ / กันยายน / ๒๕๖๕
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(..... นายนรดา ตันนุดอย)

ตำแหน่ง
(วันที่) ๕-๙ ก.ย. ๒๕๖๕
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(..... (นางพนิตรา จอมเพชร))
พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล
(วันที่) 1๖ / กันยายน / ๒๕๖๕
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(..... (นายธนสิทธิ์ ไพรพงษ์))

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
(วันที่) ๕ ต.ค. ๒๕๖๕
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบในระยะวิกฤต

๒. หลักการและเหตุผล

โรคท่อน้ำดีอักเสบ เป็นภาวะการอักเสบและติดเชื้อของระบบทางเดินน้ำดีที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินน้ำดี ในปัจจุบันพบแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สัมพันธ์กับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค และการเพิ่มขึ้นของโรคทางเดินน้ำดี (กนกกร ตางจรรยา, ๒๕๖๕) จากข้อมูลการศึกษาพบว่าโรคท่อน้ำดีอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตและอวัยวะสำคัญของร่างกาย หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และอวัยวะล้มเหลวหลายระบบได้ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (American Society for Gastrointestinal Endoscopy, ๒๐๒๐)

โรคท่อน้ำดีอักเสบส่วนใหญ่มักเกิดจากการอุดตันของทางเดินน้ำดี เช่น นิ่วในท่อน้ำดี เนื้องอก หรือการตีบแคบของท่อน้ำดี ส่งผลให้น้ำดีไหลผ่านไม่ได้ เกิดการคั่งของน้ำดีและเพิ่มความดันภายในท่อน้ำดี ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง คลื่นไส้อาเจียน และอาจมีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมด้วยในรายที่มีอาการรุนแรง ปัจจุบันการรักษาหลัก คือ การให้สารน้ำ ยาปฏิชีวนะ และการระบายทางเดินน้ำดี โดยวิธีที่นิยมใช้ คือ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) หรือการส่องกล้องตรวจและรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนแบบย้อนทาง ซึ่งช่วยลดการอุดตันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามักมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ภาวะหายใจล้มเหลว และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดในระยะวิกฤต

พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบระยะวิกฤต ตั้งแต่การประเมินอาการ การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ การติดตามสัญญาณชีพ การประเมินการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต ตลอดจนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาอย่างรวดเร็วและปลอดภัย (กนกกร ตางจรรยา, ๒๕๖๕) นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ โดยใช้กระบวนการพยาบาลและเครื่องมือประเมินอาการติดเชื้อ เพื่อช่วยให้สามารถค้นพบอาการผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะแรกและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที รวมถึงมีบทบาทในการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบในระยะวิกฤต เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

โรคท่อน้ำดีอักเสบ เป็นภาวะติดเชื้ของระบบทางเดินน้ำดีที่เกิดจากการอุดตันของท่อน้ำดี ส่งผลให้ น้ำดีไม่สามารถไหลผ่านได้ตามปกติ เกิดการคั่งของน้ำดีและเอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย สาเหตุที่ พบบ่อย ได้แก่ นิ่วในท่อน้ำดี การตีบแคบของท่อน้ำดี หรือเนื้องอกบริเวณทางเดินน้ำดี เมื่อเกิดการติดเชื้อ ผู้ป่วย มักมีอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง คลื่นไส้อาเจียน และในรายที่มี อาการรุนแรงอาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และอวัยวะล้มเหลวหลายระบบได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และการ ทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจุบันการรักษาโรคท่อน้ำดีอักเสบประกอบด้วย การให้สารน้ำ ยาปฏิชีวนะ และการระบายทางเดิน น้ำดีเพื่อกำจัดสาเหตุของการอุดตัน โดยวิธี Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography หรือการ ส่องกล้องตรวจและรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ซึ่งสามารถช่วยลดการอุดตันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมี ประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว แต่ยังคงพบภาวะแทรกซ้อนจากการ ติดเชื้อได้บ่อย เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ภาวะหายใจล้มเหลว และภาวะไม่ สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ซึ่งส่งผลให้อาการผู้ป่วยทรุดลงอย่างรวดเร็ว หากไม่ได้รับการประเมินและเฝ้า ระวังอาการอย่างทันทั่วที่ อาจเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา

จากสถิติของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ พบว่า ผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเกิดภาวะติด เชื้อคิดเป็นร้อยละ ๙.๗ ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยระยะวิกฤต และเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการผู้ป่วยทรุดลง อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อ หากไม่สามารถ ตรวจพบสัญญาณเตือนหรืออาการผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะแรก อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าและเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น ดังนั้น การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้ออย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการประเมินอาการ เฝ้าระวังสัญญาณเตือน และติดตามการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งมีบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาอย่าง รวดเร็วและปลอดภัย การใช้เครื่องมือประเมินภาวะติดเชื้อ เช่น NEWS score สามารถช่วยให้พยาบาลตรวจพบ อาการผิดปกติได้เร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วที่ ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและ การเสียชีวิต ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบในระยะวิกฤต เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย ส่งเสริมความปลอดภัย ลดความรุนแรงของ ภาวะแทรกซ้อน และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๓.๒ แนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ของ W. Edwards Deming มาใช้เป็น แนวทางในการพัฒนา โดยมีขั้นตอนดังนี้

๓.๒.๑ การวางแผน (Plan) ศึกษาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ๔ จากสถิติและข้อมูลย้อนหลังของหน่วยงาน รวมทั้งทบทวนเอกสาร งานวิจัย และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดแนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อและตัวชี้วัดที่เหมาะสม

๓.๒.๒ การปฏิบัติ (Do) นำระบบเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือประเมิน NEWS score ร่วมกับการติดตามสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งให้พยาบาลในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

๓.๒.๓ การตรวจสอบ (Check) ติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการใช้ระบบเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ เช่น ความรวดเร็วในการตรวจพบอาการผิดปกติ ระยะเวลาในการรายงานแพทย์ การได้รับยาปฏิชีวนะ และ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ประสิทธิภาพของระบบ

๓.๒.๔ การปรับปรุงพัฒนา (Act) นำผลการประเมินมาวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานมากยิ่งขึ้น และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในอนาคต

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ พยาบาลมีแนวทางในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๔.๒ ลดอัตราการติดเชื้อและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนัก

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ป่วยได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ ร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ไม่เกินร้อยละ ๑๐

(ลงชื่อ) ผู้ขอประเมิน

(นางสาวคณิงพร ยิ่งสุจริตพันธุ์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๘ / กันยายน / ๒๕๖๕

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 8 สิงหาคม 2568 – 30 เมษายน 2569
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ศึกษา

3.1.1. กายวิภาค และสรีรวิทยาของทรวงอก

3.1.1.1 ความหมายของโรค ระบบทางเดินหายใจเป็นระบบสำคัญหนึ่งของร่างกาย มีหน้าที่นำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย และขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกโดยผ่านกระบวนการระบายอากาศและแพร่กระจายของก๊าซ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

1) ส่วนที่เป็นทางผ่านของอากาศ ประกอบด้วย ทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ จมูก (Nose) คอหอย (Pharynx) และกล่องเสียง (Larynx) และทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ หลอดลมคอ (Trachea) ขั้วปอด (Bronchi) และหลอดลมฝอย (Bronchioles)

2) ส่วนที่ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ ถุงลมขนาดเล็ก (Alveoli) บรรจุอยู่ภายในปอด หากเกิดความผิดปกติของอวัยวะในระบบทางเดินหายใจจะทำให้เกิดปัญหาคุกคามต่อชีวิตได้ ที่พบบ่อยคือ การบาดเจ็บทรวงอก

การบาดเจ็บทรวงอก หมายถึง ภาวะที่ทรวงอกได้รับการกระทบกระเทือนจากแรงที่มา กระทำส่งผลให้บริเวณทรวงอกและอวัยวะภายในทรวงอกสูญเสียรูปร่างและหน้าที่ไป แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การบาดเจ็บที่ไม่มีแผลทะลุ (Blunt injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงอัดหรือการกระแทก จากอุบัติเหตุตามท้องถนน การตกจากที่สูง การโดนทำร้าย ซึ่งทำให้อวัยวะภายในเกิดการชอกช้ำ (Contusion) หรือเกิดการฉีกขาดได้โดยไม่มีรูทะลุเข้าไปในช่องอกหรือแรงกระแทกทำให้ซี่โครงหัก ทิ่มตำอวัยวะใกล้เคียง

2. การบาดเจ็บที่มีแผลทะลุ (Penetrating injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากวัตถุมีคม วัตถุปลายแหลม หรือกระสุนปืนผ่านทะลุเข้าไปในทรวงอก หรือมีการทะลุผ่านอวัยวะในช่องอกออกไปยังอวัยวะอื่นของร่างกายหรือทะลุออกไปอีกด้านหนึ่งของร่างกาย

3.1.1.2 กายวิภาคของทรวงอก ทรวงอกเป็นช่องขนาดใหญ่ของร่างกายโดยบรรจุอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ ปอด หลอดเลือดแดง และดำใหญ่ โดยด้านบนของทรวงอกติดต่อกับกระดูกไหปลาร้า (Supraclavicular fossae)

ส่วนด้านล่างคือกระบังลม (Diaphragm) ด้านหน้าประกอบด้วยกระดูกหน้าอกและกระดูกซี่โครงด้านหน้า ส่วนด้านหลังติดกับกระดูกสันหลัง (Thoracic vertebrae) เมื่อเกิดการบาดเจ็บกระดูกซี่โครงหัก (Rib Fractures) โดยเฉพาะในกรณีหักหลายซี่เป็นภาวะวิกฤติที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการหายใจและระบบไหลเวียนเลือด เมื่อเกิดการบาดเจ็บทรวงอก พบมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญ ดังนี้

1. ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (Tissue hypoxia) ซึ่งมีสาเหตุจาก

1.1 ภาวะพร่องของสารน้ำและเลือดในร่างกาย (Hypovolemia) จากการสูญเสียเลือด

1.2 ภาวะไม่สัมพันธ์กันระหว่างการระบายอากาศและการไหลเวียนเลือดบริเวณถุงลมปอด (Ventilation/perfusion mismatch) จากการอุดตันของทางเดินหายใจ ผนังทรวงอกเสียหน้าที่ (Chest wall instability) ความปวดจากการบาดเจ็บ การมีลมหรือเลือดอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax or Hemothorax) ภาวะปอดช้ำ (Lung contusion) ภาวะปอดแฟบ (Lung atelectasis)

2. ภาวะมีคาร์บอนไดออกไซด์สูงในเลือด (Hypercarbia) เกิดจากร่างกายไม่สามารถระบายคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้ สาเหตุจากการอุดตันของทางเดินหายใจ ภาวะขาดออกซิเจน (anoxia) มีการทำลายเนื้อเยื่อปอดอย่างรุนแรง (Severe pulmonary parenchymal damage)

3. ภาวะเป็นกรดจากการหายใจ (Respiratory acidosis) จากการระบายอากาศไม่เพียงพอ (Hypoventilation)

3.1.2 สาเหตุและปัจจัยของการบาดเจ็บทรวงอก

3.1.2.1 สาเหตุการบาดเจ็บต่อทรวงอก (Thoracic Trauma) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผนังทรวงอก ปอด เยื่อหุ้มปอด กระดูกซี่โครง และหลอดเลือดใหญ่ โดยแบ่งสาเหตุออกเป็นบาดเจ็บชนิดไม่มีแผลทะลุ (Blunt Chest Trauma) และการบาดเจ็บชนิดมีแผลทะลุ (Penetrating Chest Trauma) ซึ่งในประเทศไทยพบว่าการบาดเจ็บทรวงอกส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ร่อนลงมาคือ การตกจากที่สูง การถูกของแข็งกระแทก และการถูกทำร้ายร่างกาย (รัฐภูมิ ขามพูนท, 2560) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทยยังคงเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับสูง โดยในปี พ.ศ. 2566 (รายงาน Global Status Report on Road Safety 2023 ซึ่งใช้ข้อมูลปี 2021) มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 25.4 คนต่อประชากรแสนคน หรือประมาณ 18,218 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 83.8% เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการบาดเจ็บทรวงอกและกระดูกซี่โครงหักจากแรงกระแทกโดยตรง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า การบาดเจ็บของผนังทรวงอก (Chest wall injury) พบประมาณ 62.1% ของผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกทั้งหมด และในจำนวนนี้ 52.4% เป็นกระดูกซี่โครงหักหลายซี่ (Multiple Rib Fracture) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) ลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) หรือมีทั้งเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemopneumothorax) จนต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดส่องกล้องทรวงอก (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery: VATS) และใส่สายระบายทรวงอก (Chest Tube) (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2565)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บทรวงอก มีได้หลายปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล

- อายุ เป็นปัจจัยสำคัญต่อความรุนแรงและผลลัพธ์ของการบาดเจ็บทรวงอก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากมวลกระดูกลดลง กระดูกซี่โครงมีความยืดหยุ่นน้อยเมื่อได้รับแรงกระแทกจึงมีโอกาสเกิดกระดูกซี่โครงหัก
- เพศ ผู้บาดเจ็บทรวงอกจากอุบัติเหตุจราจรมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีแนวโน้มประกอบอาชีพหรือทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การขับขี่ยานพาหนะเป็นเวลานาน การใช้รถจักรยานยนต์

- ภาวะกระดูกพรุนและความเปราะบางของกระดูก ผู้สูงอายุ ผู้หญิงหลังหมดประจำเดือน ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ หรือผู้ที่ใช้ยาสเตียรอยด์เป็นเวลานาน อาจมีความหนาแน่นของกระดูกลดลง ทำให้กระดูกซี่โครงหักได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป บางรายอาจเกิดกระดูกซี่โครงหักจากการล้มระดับพื้นหรือแรงกระแทกไม่รุนแรง
 - การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์และสารเสพติดทำให้การตัดสินใจ การมองเห็น การทรงตัว การตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉิน และการควบคุมยานพาหนะลดลง ส่งผลให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ (องค์การอนามัยโลก, 2566)
2. ปัจจัยด้านพาหนะและสิ่งแวดล้อม
- การใช้รถจักรยานยนต์ ผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์มีโครงสร้างตัวรถป้องกันร่างกายน้อย เมื่อเกิดอุบัติเหตุ ร่างกายอาจกระแทกกับยานพาหนะคันอื่น พื้นถนน เสาดินไม้ หรือสิ่งกีดขวางโดยตรง ทำให้ทรวงอกได้รับแรงกระแทกและเกิดกระดูกซี่โครงหัก ปอดฉีก ลมหรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ตลอดจนการบาดเจ็บหลายระบบได้
 - สภาพและความปลอดภัยของยานพาหนะ ระบบเบรก ยาง ระบบบังคับเลี้ยว ถูกลมนิรภัย และโครงสร้างตัวรถที่ชำรุดหรือไม่ได้มาตรฐาน อาจเพิ่มโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือทำให้แรงกระแทกส่งถึงผู้โดยสารมากขึ้น
3. สภาพแวดล้อมในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานก่อสร้าง อุตสาหกรรม เกษตรกรรม และงานที่ใช้เครื่องจักรหนัก อาจเสี่ยงต่อการตกจากที่สูง ถูกวัตถุหล่นทับ ถูกเครื่องจักรหนีบ หรือได้รับแรงระเบิด (องค์การอนามัยโลก, 2566)
4. ปัจจัยด้านกลไกการบาดเจ็บ
- จำนวนกระดูกซี่โครงที่หัก จำนวนซี่โครงที่หักสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ที่มีกระดูกซี่โครงหักตั้งแต่ 3 ซี่ขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่หักจำนวนน้อยกว่า นอกจากนี้จำนวนซี่โครงที่หักมากขึ้นอาจสะท้อนว่าผู้ป่วยได้รับพลังงานจากการกระแทกสูงและอาจมีปอดหรืออวัยวะอื่นบาดเจ็บร่วมด้วย
 - ตำแหน่งและการเคลื่อนของกระดูกซี่โครง กระดูกซี่โครงที่หักและเคลื่อนออกจากแนวเดิมอาจมีปลายแหลมแทงเยื่อหุ้มปอด เนื้อปอด หรือหลอดเลือดระหว่างซี่โครง ทำให้เกิดลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือเลือดออกต่อเนื่อง ตำแหน่งของกระดูกที่หักยังช่วยบ่งชี้การบาดเจ็บร่วม เช่น ซี่โครงส่วนบนหักอาจสัมพันธ์กับแรงกระแทกรุนแรง ส่วนซี่โครงส่วนล่างหักอาจต้องระวังการบาดเจ็บของตับ ม้าม หรือไต (องค์การอนามัยโลก, 2566)

3.1.3 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกขึ้นอยู่กับชนิด ตำแหน่ง และความรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมทั้งอวัยวะที่ได้รับผลกระทบ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการปวดบริเวณทรวงอก ซึ่งอาการปวดจะเพิ่มขึ้นเมื่อหายใจเข้าลึก ไอ จาม หรือเคลื่อนไหวลำตัว ทำให้ผู้ป่วยหายใจสั้น ไม่กล้าหายใจเข้าเต็มที่ ส่งผลให้การระบายอากาศของปอดลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบตามมา เมื่อกระดูกซี่โครงหักจากแรงกระแทก ปลายกระดูกที่หักอาจทำให้เยื่อหุ้มปอดหรือเนื้อปอดฉีกขาด ส่งผลให้เกิดภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) หรือมีทั้งเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemopneumothorax) ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจเร็ว แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก และอาจมีระดับออกซิเจนในเลือดลดลง หากมีเลือดออกมากอาจพบอาการช็อค ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น และเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดได้ การตรวจร่างกายมักพบการขยายตัวของทรวงอกด้านที่ได้รับบาดเจ็บลดลง กดเจ็บบริเวณกระดูกซี่โครงที่หัก อาจคลำพบเสียงกรอบแกรบของปลายกระดูก (Crepitus) หรือมีอากาศแทรกอยู่ใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) ในรายที่มีกระดูกซี่โครงหักหลายซี่อาจพบภาวะทรวงอกไม่มั่นคง (Flail chest) ซึ่งมีลักษณะการเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกสวนทางกับการหายใจ คือ ผนังทรวงอกยุบลงขณะหายใจเข้าและโป่งออกขณะหายใจออก นอกจากนี้ การฟังเสียงปอดอาจพบเสียงหายใจลดลงหรือหายไปในด้านที่มีลมหรือเลือดสะสมในช่องเยื่อหุ้มปอด ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บรุนแรงหรือมีเลือดออกและลมรั่วภายในช่องเยื่อหุ้มปอด อาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดส่องกล้องทรวงอก (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery: VATS) เพื่อห้ามเลือด ซ่อมแซมเนื้อปอด หรือกำจัดลิ่มเลือดภายในช่องเยื่อหุ้มปอด หลังผ่าตัดผู้ป่วยมักมีอาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอก รู้สึกไม่สุขสบายจากการใส่สายระบายทรวงอก และมีข้อจำกัดในการหายใจลึกหรือการไอ หากอาการปวดไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เต็มที่ ทำให้เสมหะคั่ง เกิดภาวะปอดแฟบ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในปอด ภายหลังการใส่สายระบายทรวงอก ผู้ป่วยอาจมีเลือด ลม หรือสารคัดหลั่งระบายออกทางสายระบาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินปริมาณ สี และลักษณะของสิ่งระบายอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประเมินการทำงานของระบบระบายทรวงอก เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกต่อเนื่อง การรั่วของอากาศ การอุดตันของสายระบาย การติดเชื้อ และภาวะลมดันในช่องเยื่อหุ้มปอด หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจล้มเหลว การพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง หรือเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดทรวงอก หายใจลำบาก แน่นหน้าอก หรือได้รับการส่งต่อหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ บางรายอาจได้รับการวินิจฉัยจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่พบกระดูกซี่โครงหัก เลือดหรือลมในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือปอดซ้ำ แม้ว่าผู้ป่วยบางรายในระยะแรกอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย แต่หากไม่ได้รับการประเมินและรักษาอย่างเหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการอย่างต่อเนื่องและให้การรักษารวดเร็วเพื่อป้องกันการเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต (WSES–AAST Thoracic Trauma Guidelines, 2025)

3.1.4 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกจำเป็นต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ เนื่องจากการบาดเจ็บบางชนิดสามารถคุกคามต่อชีวิตได้ในระยะเวลาอันสั้น การประเมินเริ่มจากการซักประวัติเกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บ เช่น อุบัติเหตุจากรถ การตกจากที่สูง การถูกวัตถุกระแทกหรือกดทับ รวมถึงการประเมินอาการปวดทรวงอก หายใจลำบาก แน่นหน้าอก และอาการของภาวะเสียเลือด ร่วมกับการตรวจร่างกายตามหลักการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยเฉพาะการประเมินทางเดินหายใจ การหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต เพื่อค้นหาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เช่น ลมดันในช่องเยื่อหุ้มปอด เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดปริมาณมาก และการบาดเจ็บของหัวใจหรือหลอดเลือดใหญ่ (อัศวบรร, 2568)

3.1.4.1 การซักประวัติและประเมินกลไกการบาดเจ็บ การซักประวัติเป็นขั้นตอนสำคัญในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก โดยควรสอบถามลักษณะและกลไกของอุบัติเหตุ เช่น อุบัติเหตุรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ การชนด้วยความเร็วสูง การตกจากที่สูง การถูกวัตถุหนักกระแทกหรือกดทับ และการถูกของมีคมหรือกระสุนทะลุทรวงอก เนื่องจากกลไกการบาดเจ็บช่วยบ่งชี้พลังงานที่ถ่ายทอดเข้าสู่ร่างกายและสามารถคาดการณ์อวัยวะที่อาจได้รับบาดเจ็บร่วมด้วยได้ ควรสอบถามตำแหน่งและลักษณะของอาการปวด โดยผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักมักมีอาการปวดเฉพาะตำแหน่ง และปวดมากขึ้นเมื่อหายใจเข้าลึก ไอ จาม หรือเคลื่อนไหวลำตัว รวมถึงประเมินอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก ไอเป็นเลือด เวียนศีรษะ หรือหมดสติ นอกจากนี้ควรสอบถามโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง ภาวะกระดูกพรุน ตลอดจนประวัติการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด ซึ่งอาจเพิ่มความรุนแรงของภาวะเลือดออกหลังได้รับบาดเจ็บ (อัศวบรร, 2568)

3.1.4.2 การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกควรประเมินตามหลักการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกควรประเมินตามหลักการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญกับทางเดินหายใจ การหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต พร้อมกับค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตโดยเร็ว การตรวจทรวงอกประกอบด้วย การดู (Inspection) การคลำ (Palpation) การเคาะ (Percussion) และการฟัง (Auscultation) โดยการดูอาจพบรอยฟกช้ำ แผลเปิด รูปร่างทรวงอกผิดปกติ การขยายตัวของทรวงอกสองข้างไม่เท่ากัน หรือพบการเคลื่อนไหวส่วนทางของผนังทรวงอกในภาวะทรวงอกไม่มั่นคง (Flail chest) การคลำอาจพบอาการกดเจ็บบริเวณกระดูกซี่โครงที่หัก ความผิดปกติของกระดูก หรือเสียงกรอบแกรบ (Crepitus) จากปลายกระดูกที่หัก รวมถึงอาจคลำพบอากาศแทรกใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) การเคาะทรวงอกในผู้ป่วยที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดอาจพบเสียงโปร่งกว่าปกติ (Hyperresonance) ส่วนผู้ป่วยที่มีเลือดหรือของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดอาจพบเสียงทึบ (Dullness) และการฟังเสียงปอดอาจพบเสียงหายใจลดลงหรือหายไปบริเวณด้านที่ได้รับบาดเจ็บ

ในกรณีที่มีเลือดออกปริมาณมาก ผู้ป่วยอาจมีชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ตัวเย็น ชีต เหงื่อออก และระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งบ่งชี้ภาวะช็อกจากการเสียเลือด ส่วนผู้ป่วยที่เกิด Tension pneumothorax อาจมีหายใจลำบากรุนแรง เสียงหายใจข้างหนึ่งลดลง ความดันโลหิตต่ำ และภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาโดยไม่ควรรอผลตรวจทางรังสีวิทยา (อัศวบรร, 2568)

3.1.4.3 การตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) การตรวจเอกซเรย์ทรวงอกเป็นการตรวจเบื้องต้นที่นิยมใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก เนื่องจากสามารถทำได้รวดเร็วและช่วยตรวจหาภาวะสำคัญ ได้แก่ ภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ปอดอักเสบ การเปลี่ยนแปลงของช่องกลางทรวงอก รวมถึงตำแหน่งของสายระบายทรวงอกภายหลังการใส่สาย การตรวจ Chest X-ray มีข้อจำกัดในการตรวจหากระดูกซี่โครงหัก โดยอาจตรวจไม่พบกระดูกซี่โครงหักบางตำแหน่ง โดยเฉพาะกระดูกซี่โครงหักโดยไม่มีการเคลื่อน จากข้อมูล MSD Manual ระบุว่าความไวของภาพรังสีทรวงอกในการตรวจพบกระดูกซี่โครงหักอยู่ประมาณร้อยละ 50 ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการหรือกลไกการบาดเจ็บที่สงสัยว่ามีการบาดเจ็บรุนแรง แม้ผล Chest X-ray ไม่พบความผิดปกติ อาจจำเป็นต้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพิ่มเติม (อัศวิน, 2559)

3.1.4.4 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก (Computed Tomography: CT Chest) การตรวจ CT Chest เป็นการตรวจที่มีความไวสูงในการประเมินการบาดเจ็บภายในทรวงอก และเป็นการตรวจสำคัญในผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ โดยสามารถระบุจำนวน ตำแหน่ง และระดับการเคลื่อนของกระดูกซี่โครงที่หักได้ชัดเจนกว่าภาพเอกซเรย์ธรรมดา รวมทั้งสามารถตรวจพบภาวะปอดอักเสบ ปอดฉีกขาด Pneumothorax, Hemothorax, Hemopneumothorax และการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นภายในช่องทรวงอกได้ CT Chest ยังมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาทางศัลยกรรม โดยเฉพาะผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักหลายซี่ กระดูกหักที่มีการเคลื่อน หรือผู้ป่วยที่พิจารณาการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกซี่โครง นอกจากนี้ยังสามารถใช้ประเมินเลือดที่ค้างอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด (Retained hemothorax) ซึ่งอาจเป็นข้อบ่งชี้ในการพิจารณาผ่าตัดส่องกล้องทรวงอก (VATS) (อัศวิน, 2568)

3.1.5 การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก

การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยรักษาชีวิต แก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตฟื้นฟูการทำงานของระบบหายใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับชนิด ตำแหน่ง และความรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมถึงสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยแบ่งแนวทางการรักษาออกเป็น การรักษาแบบประคับประคอง การรักษาด้วยหัตถการ และการรักษาด้วยการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกซี่โครงหักหลายซี่ ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) ภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) หรือมีทั้งเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemopneumothorax) อาจจำเป็นต้องได้รับการใส่สายระบายทรวงอก (Chest Tube Thoracostomy) หรือการผ่าตัดส่องกล้องทรวงอก (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery: VATS) เพื่อแก้ไขความผิดปกติและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกแบ่งออกเป็น ดังนี้

3.1.5.1 การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative Treatment) ผู้ป่วยที่มีกระดูกซี่โครงหักเพียง 1-2 ซี่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีสัญญาณชีพคงที่ มักได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การควบคุมความปวดด้วยยา การให้ออกซิเจนตามข้อบ่งชี้ การส่งเสริมการหายใจลึก การใช้เครื่องกระตุ้นการหายใจ (Incentive Spirometry) การไออย่างมีประสิทธิภาพ การทำกายภาพทรวงอก และการลุกเดินโดยเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ

3.1.5.2 การใส่สายระบายทรวงอก (Chest Tube Thoracostomy) การใส่สายระบายทรวงอกเป็นหัตถการมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือมีทั้งเลือดและลมในช่องเยื่อหุ้มปอด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบายลม เลือด หรือสารคัดหลั่งออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้แรงดันลบภายในช่องเยื่อหุ้มปอดกลับคืน ส่งเสริมให้ปอดขยายตัวได้ตามปกติ และช่วยติดตามปริมาณเลือดที่ระบายออกเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษาต่อไป

3.1.5.3 การผ่าตัดส่องกล้องทรวงอก (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery: VATS) การผ่าตัดส่องกล้องทรวงอกเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากการเป็นผ่าตัดผ่านแผลขนาดเล็ก ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อย ฟื้นตัวเร็ว และมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าการผ่าตัดเปิดทรวงอก โดยมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ภาวะเลือดคั่งในช่องเยื่อหุ้มปอดที่ไม่สามารถระบายออกได้หมด (Retained hemothorax) การรั่วของอากาศอย่างต่อเนื่องจากปอด (Persistent air leak) การบาดเจ็บของเนื้อปอดหรือกะบังลม การมีเลือดออกภายในช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างต่อเนื่อง และการสงสัยการบาดเจ็บของอวัยวะภายในทรวงอกที่จำเป็นต้องได้รับการประเมินหรือรักษา

การผ่าตัด VATS มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดลิ่มเลือด ห้ามเลือด ซ่อมแซมเนื้อปอด เย็บปิดตำแหน่งที่มีลมรั่ว ซ่อมแซมกะบังลม และลดการเกิดพังผืดภายในช่องเยื่อหุ้มปอด หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายระบายทรวงอกเพื่อระบายเลือด ลม และสารคัดหลั่ง พร้อมทั้งติดตามการขยายตัวของปอดจนกว่าจะสามารถถอดสายระบายได้

3.1.5.4 การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกซี่โครง (Surgical Stabilization of Rib Fractures: SSRF) ในผู้ป่วยที่มีกระดูกซี่โครงหักหลายซี่ กระดูกหักเคลื่อนมาก หรือมีภาวะทรวงอกไม่มั่นคง (Flail Chest) อาจได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกซี่โครงด้วยแผ่นโลหะและสกรู เพื่อให้ผนังทรวงอกกลับมามีความมั่นคง ลดการปวด เพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ ลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดอุบัติการณ์ของปอดอักเสบ และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

3.1.5.5 การรักษาภายหลังการผ่าตัด

หลังการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ประเมินการทำงานของสายระบายทรวงอก ประเมินการขยายตัวของปอด ควบคุมความปวด ส่งเสริมการหายใจลึก การใช้เครื่องกระตุ้นการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการลุกเดินโดยเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดแฟบ ปอดอักเสบ การติดเชื้อแผลผ่าตัด การอุดตันของสายระบาย และการกลับเป็นซ้ำของภาวะลมหรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด

3.1.6 การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องทรวงอก (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery: VATS) และใส่สายระบายทรวงอก (Chest Tube Thoracostomy) มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการขยายตัวของปอด ลดความปวด ฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ และเตรียมผู้ป่วยให้

สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย การพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย ดังนี้

3.1.6.1 ระยะก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการปวด ลักษณะการหายใจ ค่าแก๊สในเลือดตลอดจนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสี เพื่อประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด

1. ประเมินความวิตกกังวล ความกลัว และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการใส่สายระบายทรวงอก พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อลดความวิตกกังวล
2. ประเมินและบรรเทาอาการปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และจัดท่าที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหายใจลึกและไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ประเมินการทำงานของสายระบายทรวงอก ตรวจสอบตำแหน่งของสาย การแกว่งของระดับน้ำ (Tidaling) การรั่วของอากาศ (Air leak) ปริมาณ สี และลักษณะของสารระบาย รวมทั้งดูแลให้ระบบระบายอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกและไม่เกิดการหักพับหรืออุดตันของสาย
4. ประเมินการขยายตัวของทรวงอก ฟังเสียงปอดทั้งสองข้าง และติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพื่อประเมินการขยายตัวของปอดและเฝ้าระวังภาวะลมหรือเลือดคั่งซ้ำ
5. ส่งเสริมการหายใจลึก การใช้เครื่องกระตุ้นการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และและการทำกายภาพทรวงอก เพื่อลดการเกิดปอดแฟบและปอดอักเสบ
6. ส่งเสริมการลุกนั่งและลุกเดินโดยเร็วเมื่อไม่มีข้อห้าม เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด ลดการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดทำงานได้ดี
7. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่
 - เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด
 - การรั่วของอากาศอย่างต่อเนื่อง
 - การติดเชื้อของแผลผ่าตัดหรือบริเวณใส่สายระบายทรวงอก
 - ปอดแฟบ (Atelectasis)
 - ปอดอักเสบ (Pneumonia)
 - ภาวะลมดันในช่องเยื่อหุ้มปอด (Tension pneumothorax)
 - การอุดตันหรือหลุดของสายระบายทรวงอก

8. ดูแลด้านโภชนาการและสารน้ำตามแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมการสมานแผลและการฟื้นตัวของร่างกาย

3.1.6.2 ระยะหลังผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดมีเป้าหมายเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการทำงานของระบบหายใจ ลดความปวด และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัย โดยภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ ได้แก่ เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด การรั่วของอากาศ การอุดตันของสายระบายทรวงอก ปอดแฟบ ปอดอักเสบ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด และภาวะหายใจล้มเหลว

การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่

1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว และอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนหรือภาวะช็อกอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
2. ประเมินและบรรเทาอาการปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และจัดท่าที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหายใจลึกและไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ประเมินการทำงานของสายระบายทรวงอก ตรวจสอบตำแหน่งของสาย การแกว่งของระดับน้ำ (Tidaling) การรั่วของอากาศ (Air leak) ปริมาณ สี และลักษณะของสารระบาย รวมทั้งดูแลให้ระบบระบายอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกและไม่เกิดการหักพับหรืออุดตันของสาย
4. ประเมินการขยายตัวของทรวงอก ฟังเสียงปอดทั้งสองข้าง และติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก เพื่อประเมินการขยายตัวของปอดและเฝ้าระวังภาวะลมหรือเลือดคั่งซ้ำ
5. ส่งเสริมการหายใจลึก การใช้เครื่องกระตุ้นการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการทำกายภาพทรวงอก เพื่อลดการเกิดปอดแฟบและปอดอักเสบ
6. ส่งเสริมการลุกนั่งและลุกเดินโดยเร็วเมื่อไม่มีข้อห้าม เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด ลดการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดทำงานได้ดี
7. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่
 - เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด
 - การรั่วของอากาศอย่างต่อเนื่อง
 - การติดเชื้อของแผลผ่าตัดหรือบริเวณใส่สายระบายทรวงอก
 - ปอดแฟบ (Atelectasis)
 - ปอดอักเสบ (Pneumonia)
 - ภาวะลมดันในช่องเยื่อหุ้มปอด (Tension pneumothorax)
 - การอุดตันหรือหลุดของสายระบายทรวงอก
8. ดูแลด้านโภชนาการและสารน้ำตามแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมการสมานแผลและการฟื้นตัวของร่างกาย

3.1.6.3 ระยะจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ปอดขยายตัวดี และสามารถถอดสายระบายทรวงอกได้ พยาบาลควรวางแผนและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดและแผลบริเวณที่ถอดสายระบายทรวงอก โดยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลบวมแดง มีหนอง ซึม หรือมีไข้
2. แนะนำการรับประทานยาอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ และยาอื่นตามแผนการรักษา พร้อมอธิบายผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
3. ส่งเสริมการหายใจลึก การใช้เครื่องกระตุ้นการหายใจ และการออกกำลังกายเบา ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน
4. แนะนำการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันภายในทรวงอก เช่น การยกของหนัก การเบ่งแรง และการออกกำลังกายหนัก จนกว่าแพทย์จะอนุญาต

5. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานเพียงพอ รวมทั้งดื่มน้ำอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยในการสมานแผลและฟื้นฟูร่างกาย
6. ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ เช่น หายใจลำบากมากขึ้น เจ็บหน้าอกรุนแรง ไข้สูง ไอมีเลือด แผลผ่าตัดอักเสบ หรือมีลมรั่วจากแผล
7. นัดติดตามอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อตรวจประเมินการขยายตัวของปอด ภาพถ่ายรังสีทรวงอก การสมานแผล และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

3.2 แนวคิดและความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในกรณีศึกษา

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ต้องสามารถค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ และค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญ การพัฒนาคุณภาพในการดูแลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ จะต้องมีการประเมินผู้ป่วย มีการปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นเครื่องมือ พยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล และความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ

3.2.1 แนวคิดกระบวนการพยาบาล เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการพยาบาลที่เป็นระบบ โดยใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาล ในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหา ที่มาของปัญหา เพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งรวมถึงทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาเฉพาะราย ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ถือเป็นกรอบการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพในทุกมิติของการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Potter & Perry, 2005) ได้แก่ การประเมินสภาพ (Health assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing plan) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) (พรศิริ พันธสี, 2558) มีดังนี้

3.2.1.1 การประเมิน (Assessment) การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ให้บริการ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยการจำแนกปัญหา (problem recognition) และการรวบรวมข้อมูล

3.2.1.2 การวินิจฉัย (Diagnosis) การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้โดยอาศัยทักษะการตัดสินใจทางคลินิกการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความสามารถย้อนรำลึก และสามารถนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้แปลสารข้อมูล ซึ่งความรู้ทางคลินิก (clinical Knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้พยาบาลไวต่อข้อสำคัญหรือนัยของข้อมูลช่วยให้เข้าใจข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ประกอบกันเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ

3.2.1.3 การวางแผน (Planning) การวางแผนเป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทาหรือแก้ไขปัญหาวินิจฉัยไว้ ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

3.2.1.4 การนำแผนปฏิบัติ (Implementation) เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายงานการสอน การให้คำปรึกษา การปรึกษาหรือ การรายงาน และการบันทึก ผู้ปฏิบัติตามแผนที่กล่าวข้างต้น อาจมีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารแผนการปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแผนสำหรับการปฏิบัติเป็นกรอบอยู่แล้ว แต่พยาบาลยังจำเป็นต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้ให้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประเมินผลประสิทธิภาพของการบำบัด และประเมินความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผน และวิธีการ

3.2.1.5 การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเกี่ยวข้องกับคุณภาพของพยาบาล ในการประเมินผลแม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐานยังจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการ ที่ใช้และโครงสร้างเกี่ยวข้องด้วยเนื่องจากทั้งกระบวนการและโครงสร้างสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ การประเมินด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) มุ่งเน้นที่ผู้ใช้บริการ เป็นการพิจารณาตัดสินใจ ก้าวหน้า หรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการเปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ว่าบรรลุเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผนจึงเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการประเมินผลการประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) มุ่งเน้นที่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินข้อมูลจนถึงการนำไปปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลด้าน โครงสร้าง (Structure evaluation) มุ่งเน้นที่สภาพแวดล้อมซึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

3.2.2 แนวคิดแบบแผนสุขภาพ (พัชรินทร์ ธิติพิพิธ, 2566) ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) รอยอธิบายว่าบุคคลเป็นระบบที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอก เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือภาวะวิกฤต โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านสรีรวิทยา อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยกระดุกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องทรวงอก (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery: VATS) และใส่สายระบายทรวงอก โดยมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการบาดเจ็บ การผ่าตัด ความเจ็บปวด และการรักษา รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพของระบบหายใจ ป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน และเตรียมความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านร่วมกับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2.3 กรอบการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ FANCAS

เพื่อให้มีความเข้าใจถึงกรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS (ธัญญสิริ ธัญญสวัสดิ์, 2563) และสามารถนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤตได้ ผู้เขียนจะได้อธิบายถึงความหมาย (Definition) แก่นของแนวคิด (Core concepts) และแกนของทักษะ (Core skills) ของแต่ละตัวอักษรภาษาอังกฤษ (FANCAL) รวมทั้งได้ประเมินผู้ป่วย (ในแต่ละตัวอักษรภาษาอังกฤษ) การวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแต่ละตัวอักษร แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับบุคคล “FANCAL” เป็นแบบประเมินผู้ป่วยที่ไม่ยุ่งยากจำได้ง่าย ใช้ในการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤต การเรียงลำดับตัวอักษรภาษาอังกฤษดังกล่าวนี้ไม่ใช่ส่วนสำคัญ การเรียงเช่นนั้นเพื่อสามารถอ่านได้และจำได้ง่ายแต่สิ่งสำคัญต้องเข้าใจแนวคิดและความหมายของแต่ละตัวอักษรภาษาอังกฤษมากกว่า การเรียงตัวอักษรในการประเมินผู้ป่วย และอาจจะเรียงจาก Communication, Stimulation, Aeration, Fluid balance, Nutrition, และActivities (Holloway, 1988) สิ่งสำคัญของการใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตตามแนวคิดของ ดร.แอบเบย์ กับสเวนเซนต์ (Holloway, 1984) คือต้องเข้าใจถึงความหมาย definition แนวคิดและทักษะต่อไปนี้

F: Fluid (ด้านความสมดุลของน้ำ) หมายถึง การเคลื่อนย้ายของน้ำ เคลื่อนแร่ ภายในร่างกาย Core concept และ Core skill ในด้านความสมดุลของน้ำนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการพยาบาลระบบต่างๆที่เกี่ยวกับสมดุลน้ำ ดังนี้

1. ภาวะวิกฤตและสรีระวิทยาเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ Acute chest pain, Acute myocardial infarction, Altered cardiac output (Cardiac failure), Acute cardiac tamponade, Decreased tissue perfusion(Shock) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Intra aortic balloon counter pulsation, Cardiac surgery

2. ภาวะวิกฤตและสรีระวิทยาของระบบไตและระบบทางเดินปัสสาวะและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน และการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ทักษะการพยาบาลในระบบนี้คือการประเมินหน้าที่ของไต การวิเคราะห์หรือผลตรวจ Urinalysis, Blood urine nitrogen, Creatinine และผลการตรวจอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทักษะการพยาบาลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Peritoneal dialysis, Hemodialysis และการดูแล Vascular access

3. สรีระวิทยาของ Fluid และ Electrolytes และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ไม่ว่าจะเป็นภาวะน้ำเกิน ภาวะขาดน้ำ ภาวะโปตัสเซียม โซเดียม แคลเซียมและแมกนีเซียมสูงหรือต่ำในเลือด ในด้านนี้พยาบาลต้องมีทักษะการประเมินน้ำและเกลือแร่ รวมทั้งวิเคราะห์หรือแปลผลการตรวจ Serum osmolality, Electrolyte และผลการตรวจอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

4. สรีระวิทยาความเป็นกรดและด่าง และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลความเป็นกรดต่างทั้ง Respiratory acidosis, Respiratory alkalosis, Metabolic acidosis, และ Metabolic alkalosis ฉะนั้นพยาบาลควรมีทักษะการตรวจและการวิเคราะห์ผลตรวจ Arterial blood gases

5. สรีระวิทยาของระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม และการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Diabetic ketoacidosis, HHNK, Hyperglycemia และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Thyroid crisis ฉะนั้นพยาบาลควรมีทักษะในการประเมินความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม รวมทั้งการวิเคราะห์หรือแปลผลการตรวจ Serum glucose และ Thyroid taste

6. สรีระวิทยาของระบบหลอดเลือดและระบบภูมิคุ้มกันและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของเลือด Disseminate intravascular coagulation, AIDS ฉะนั้น พยาบาลควรมีทักษะในการประเมินความผิดปกติของระบบโรคเลือดและภูมิคุ้มกัน รวมทั้งวิเคราะห์หรือผลตรวจ CBC แล้ว Coagulation profile

A: Aeration (ด้านการหายใจ) หมายถึง การเคลื่อนของก๊าซเข้าสู่ร่างกายเพื่อเป็นพลังงานภายในร่างกายและขับก๊าซที่เป็นของเสียออกจากร่างกาย Core concept ในด้านการหายใจนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกายวิภาคและสรีระวิทยาของระบบทางเดินหายใจและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Pulmonary edema, ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome), Atelectasis, Pulmonary embolism, Respiratory failure, Status asthmaticus, Pneumothorax และ Thoracotomy สำหรับ Core skill ในด้านนี้พยาบาลต้องมีความรู้ในการประเมิน ทางเดินหายใจ การวิเคราะห์หรือแปลผลสมรรถนะ ผลตรวจ Arterial blood gas, Chest x-ray, หรือการตรวจด้วยวิธีอื่นๆ เกี่ยวกับทักษะการพยาบาลเกี่ยวกับ Oxygen therapy, Chest physiotherapy, Artificial airways, Tracheal suctioning, Mechanical ventilation, Chest drainage และ Thoracotomy

N: Nutrition (ด้านโภชนาการ) หมายถึง การรับสารอาหารเข้าสู่ร่างกาย การย่อยอาหาร การดูดซึม สารอาหารเข้าสู่เซลล์ต่างๆของร่างกาย รวมทั้งการขับของเสียออกจากร่างกาย Core concept ในด้านโภชนาการนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับด้านกายวิภาคและสรีระวิทยาของระบบทางเดินอาหารและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่มีภาวะตับอักเสบ ตับวายและตับอ่อนอักเสบ ฉะนั้น พยาบาลควรมีทักษะในการประเมินระบบทางเดินอาหาร การประเมินภาวะโภชนาการ รวมทั้งทักษะที่เกี่ยวข้องกับ Hyperalimentation

C: Communication (ด้านการติดต่อสื่อสาร) หมายถึง การปฏิสัมพันธ์สื่อสาร โดยใช้คำพูดหรือภาษาท่าทางระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม Core concept ในด้านการติดต่อสื่อสารนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ กายวิภาคและสรีระวิทยา ด้านการเห็น (Vision) การได้ยิน (Hearing) และการพูด (Speech) รวมทั้งมีแนวคิดเกี่ยวกับระยะของการปรับตัว และการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการสื่อสารการรับรู้ การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย/ญาติ และการเข้าสู่ภาวะใกล้ตายและตาย สำหรับ Core skills ในด้านนี้พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมิน การสื่อสารทั้งเชิงกระบวนการ และเนื้อหา รวมทั้งวิธีการช่วยเหลือภาวะวิกฤตได้

A: Activity (ด้านการทำกิจกรรม) หมายถึง กิจกรรมที่ใช้พลังงานทั้งทางร่างกายและจิตใจ Core concept ในด้านการทำกิจกรรมนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพักผ่อนบนเตียง การนอนหลับ เพศสัมพันธ์และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sleep pattern disturbance, Dysfunction self-concept และ Potential sexual dysfunction ฉะนั้น พยาบาลควรมีทักษะในการประเมินกิจกรรม การป้องกันผลเสียเกี่ยวกับการนอนนานๆ จัดให้มีการออกกำลังกาย (Passive/active exercises) การจัดทำดูแลสิ่งแวดล้อม

S: Stimulation (ด้านการกระตุ้น) หมายถึง การรับรู้ การวิเคราะห์ แผลผลของสิ่งเร้า Core concepts ในด้านการกระตุ้นนั้น การพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ด้านกายวิภาคและสรีระวิทยา ระบบประสาท และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง Herniation syndromes, อาการชัก ปวด Guillain-barre syndrome, Myasthenia gravis, Vascular disorders, Craniotomy และ Ventricular shunting สำหรับ Core skills ในด้านนี้พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินด้านการกระตุ้น และการตรวจร่างกายด้านนี้ได้รวมทั้งต้องวิเคราะห์หรือแปลผลการตรวจระบบสมองและประสาท การเฝ้าระวัง และรายงานความดันในสมอง และการประเมินความปวดได้

การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) หลัก DMETHOD

D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง ในการให้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพให้เหมาะสม กับภาวะสุขภาพการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางรายอาจจะต้องฝึกฝน อาชีพใหม่

T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษาเช่นการทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและ แจ้งให้พยาบาลทราบ

H Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ

O Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิด ภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บทรวงอกเป็นภาวะที่พบบ่อยและคุกคามต่อชีวิต เนื่องจากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่างๆ ในร่างกาย มักพบร่วมกับการบาดเจ็บต่ออวัยวะระบบอื่นๆ สาเหตุส่วนใหญ่ของการบาดเจ็บทรวงอกเกิดจากอุบัติเหตุการใช้นานพาหนะพบได้สูงถึง ร้อยละ 70 ถึง 80 ของการบาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 25 ของการบาดเจ็บทั้งหมดในประเทศทางแถบอเมริกาเหนือ ในประเทศไทยไม่มีการบันทึกอัตราตายจากการบาดเจ็บทรวงอกที่เฉพาะเจาะจง แต่จะบันทึกรวมไว้ในอัตราตายที่เกิดจากอุบัติเหตุ (Department of Disaster Prevention and Mitigation, 2019) ซึ่งพบว่าจากสถิติของประเทศไทยในปีงบประมาณ 2568 พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บด้วยอุบัติเหตุการขนส่งมีทั้งหมด 850,000 คน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 14,000 คน คิดเฉลี่ยการตายเท่ากับ 1,200 คน/เดือน โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุระดับ 1 (Trauma Excellence Center) ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ ภายใน 24 ชั่วโมง ที่มีการบาดเจ็บ ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง บาดเจ็บลำคอ ทรวงอก ช่องท้อง อายุมากกว่า 1 เดือน เพศหญิง และเพศชาย ให้บริการแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู จากสถิติการเข้ารับบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นในปี 2566-2568 พบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกทั้งหมดจำนวน 351, 342 และ 335 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลขอนแก่น, 2568) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีกระดูกซี่โครงหักจำนวนร้อยละ 50-60 การรักษาโดยส่วนใหญ่ใส่สายระบายทรวงอกร่วมกับการสังเกตการหายใจ ซึ่งการบาดเจ็บทรวงอกทำให้เกิดภาวะเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) ได้สูงถึงร้อยละ 70 และเกิดภาวะอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) ได้ถึงร้อยละ 15 – 50 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย โดยเฉพาะภาวะอากาศอัดดันในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural pressure) ภาวะอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะตกเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างรุนแรง (Massive Hemothorax) ภาวะอกรวน (Fail Chest) ภาวะหัวใจ ถูกบีบรัด (Cardiac tamponade) หรือภาวะที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial rupture) เป็นต้น หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ การรักษาภาวะอากาศหรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ในทางการแพทย์มีหลายวิธี เช่น การดูดเอาอากาศและเลือดออก การผ่าตัดเปิดทรวงอกหรือการใส่ท่อระบายทรวงอก ซึ่งมีทั้งแบบเปิด และแบบปิด เป็นต้น (ไชยพร ยุคเซ็น, ธาวิณี ไตรณรงค์สกุล, ยุวเรศมศรั สิริธาณัญญา, 2566)

การใส่สายระบายทรวงอกแบบเปิดเพื่อระบายอากาศ เลือด หรือสารเหลวออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อให้ความดันในช่องเยื่อหุ้มปอดกลับสู่สภาพความดันลบตามปกติ เป็นการส่งเสริมการขยายตัวของปอด โดยจะใส่ท่อระบายทรวงอกคาไว้จนกระทั่งปอดขยายตัวได้ดีจึงจะถอดท่อระบายออก ขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกไว้นั้นอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น ปอดแฟบ (Atelectasis) ปอดอักเสบ (Pneumonia) ภาวะอากาศอัดดันในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น นอกจากปัญหาและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจมีปัญหาก็เกิด

จากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยปล่อยให้สายยางที่ต่อจากท่อระบายห้อยโค้ง นอนทับสายยาง มีการหักพับของสายยางเป็นเวลานานเกินควร เป็นสาเหตุการอุดตันของท่อระบายทรวงอก เกิดการคั่งค้างของลมหรือสารเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด บางครั้งผู้ป่วยไม่ระมัดระวังมีการเอียงซดโดยแท่งแก้วไม่ได้อยู่ ใต้น้ำ ทำให้อากาศจากบรรยากาศภายนอกเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ การปฏิบัติตนดังกล่าวส่งผลให้ การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (กาญจนา โภคพิงกิจ และสืบทระกูล ตันตลานุกุล, 2563)

จากรายงานการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใส่ท่อระบายทรวงอก พบภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 21 จากภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด ประกอบด้วย ภาวะหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด การระบายของอากาศและเลือดไม่มีประสิทธิภาพ ตำแหน่งของท่อระบายไม่ถูกต้อง รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อระบายทรวงอก (Medical Record and Statistics Division, 2019) การศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกพบว่า ระยะเวลาของการใส่ท่อระบายทรวงอกโดยเฉลี่ยนาน 6.5 วัน พบว่าระยะเวลาของการใส่ท่อระบายทรวงอกในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกโดยเฉลี่ยเท่ากับ 92.5 ชั่วโมง มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์ของการเกิดหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังบาดเจ็บทรวงอก พบได้ร้อยละ 1 ถึง 4 และระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาลนานถึง 8-28 วัน และพบปัญหาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง คือ กลืนหายใจไม่ถูกต้องขณะแพทย์ถอดท่อระบายทรวงอก หลังจากนั้นถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบว่า มีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการฝึกการหายใจและไม่ยอมลุกเดิน ทำให้ปอด ไม่ขยายตัวแพทย์ต้องผ่าตัดเปิดทรวงอกใหม่ ผู้ป่วยไม่ยอมให้เปิดทำแผลเพราะความเจ็บปวดจึงเกิดการติดเชื้อจากบาดแผลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องคาท่อระบายทรวงอกในระยะเวลายาวนานขึ้น (กาญจนา โภคพิงกิจ และสืบทระกูล ตันตลานุกุล, 2563)

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการรักษาโดยใส่สายระบายทรวงอก การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกให้ทันทั่วทั้งที่ โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล อันประกอบด้วย การตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาลขั้นต้น การวางแผนทางการพยาบาล การรักษาพยาบาลในภาวะเร่งด่วนและการประเมินผลลัพธ์หลังการให้การพยาบาล ซึ่งคาดว่าหากการพยาบาลบรรลุผลสำเร็จจะช่วยลดปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้พ้นจากการบาดเจ็บได้เร็วมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทั้งร่างกายและจิตใจ

4.2 วัตถุประสงค์

4.2.1 เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางการพยาบาลและผลของการรักษาพยาบาลในกรณีศึกษา

4.2.2 เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

4.3 เป้าหมายของงาน

มีการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก ได้รับดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องมีความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.4 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 50 ปี อาชีพ รับจ้าง สถานภาพคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร รับไว้รักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นวันที่ 21 สิงหาคม 2568 รับ Refer จากโรงพยาบาลภูเวียง ให้ประวัติว่า 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ตกต้นไม้ รู้สึกตัวรู้เรื่อง จำเหตุการณ์ได้ มีแผลตามร่างกายเล็กน้อย ญาตินำส่งโรงพยาบาลภูเวียง แกร็บที่ ER โรงพยาบาลภูเวียง (วันที่ 18 สิงหาคม 2568) ผู้ป่วย GCS=E₃V₅M₆ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/74 มิลลิเมตรปรอท O₂SAT 95% On ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM Diagnosis แกร็บ Rt. Pneumo-Hemothorax ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลโดย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Acetar 1,000 ml. vein drip 100 ml./hr. ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และส่งตรวจ X-ray ทรวงอกพบ Rt. Pneumothorax with Close fracture Rib 5th - 7th ได้ทำการใส่สายระบายทรวงอกและสังเกตอาการต่อที่โรงพยาบาลภูเวียง ต่อมาวันที่ 21 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น อัตราการหายใจ 35-40 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น ประเมินสภาพแกร็บที่ ER โรงพยาบาลขอนแก่น เวลา 10.20น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/85 มิลลิเมตรปรอท O₂Sat 98% ได้รับการพยาบาลโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Acetar 1,000 ml. vein drip 100 ml./hr. แพทย์วินิจฉัย R/O Blunt Thoracic Aorta Injury, Rt. Pneumo-Hemothorax ใส่สายระบายทรวงอกด้านขวา 2 ขวด (จากโรงพยาบาลภูเวียง), Close fracture Rib 4th - 7th แพทย์ตรวจร่างกายพบว่า ไม่มีประวัติสลบ ได้ทำการส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ คือ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT PTT, INR และ ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ก่อนนำส่งผู้ป่วยมาที่หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ 2

แกร็บที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 2 เวลา 13.45 น. ประเมินอาการแกร็บที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง GCS=E₃V₆M₆ pupil 3 mm RTL BE motor power gr. 5 all อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/77 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาแพทย์พิจารณาส่งตรวจ CTA Thoracic aorta และถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพิ่มเติม CTA Thoracic aorta พบว่า Clotted Right Hemothorax, No Blunt Thoracic Aorta Injury (วันที่ 21 สค. 68)

ตรวจร่างกายพบมีแผลถลอกตามร่างกายเล็กน้อย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 5,400 cells/cu.mm (ค่าปกติ 5,000-10,000 cells/cu.mm), Hct 35 % (ค่าปกติ 35-52%) HB 11.10 g/dl (ค่าปกติ 12-18 g/dl), RBC 3.06 10⁶uL. (ค่าปกติ 4.50 - 6.30 10⁶uL.), ผลการตรวจ Electrolyte Sodium 132 mmol/L (ค่าปกติ 135-145 mmol/L, Potassium 3.46 mmol/L. (ค่าปกติ 3.5-4.5 mmol/L.), Chloride 98 mmol/L. (ค่าปกติ 96-106mmol/L.), CO₂ 26.3 mmol/L. (ค่าปกติ 22-26 mmol/L.)

ผลตรวจการถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบว่า Fracture Rt. Rib 4th-7th,

การรักษา: 1. การรักษาด้วยใส่สายระบายทรวงอกด้านขวา 2 ขวด ตั้งแต่วันที่ 18 สค. 68 (รพ.ภูเวียง)

2. การรักษาด้วยการผ่าตัดส่องกล้อง วันที่ 21 สค. 68

ระยะเวลาอนโรพยาบาล : ตั้งแต่วันที่ 21 สค. - 31 สค. 68 รวม 10 วัน

4.4.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.4.2.1 ระยะก่อนผ่าตัด

- 1) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ การผ่าตัด และผลการรักษา
- 2) มีภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เนื่องจากการบาดเจ็บของทรวงอกและการขยายตัวของปอดลดลง
- 3) มีอาการปวดเฉียบพลัน เนื่องจากกระดูกซี่โครงหักและการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทรวงอก
- 4) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด

4.4.2.2 ระยะหลังผ่าตัด

- 1) มีอาการปวดเฉียบพลัน เนื่องจากแผลผ่าตัดและการใส่สายระบายทรวงอก
- 2) เสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เนื่องจากการขยายตัวของปอดลดลงหลังผ่าตัดและการคั่งของสารคัดหลั่ง
- 3) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการระบายอากาศของปอดลดลง
- 4) เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือด ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
- 5) เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัดและใส่สายระบายทรวงอก
- 6) เสี่ยงต่อการอุดตันหรือการทำงานผิดปกติของสายระบายทรวงอก ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะลมหรือเลือดคั่งในช่องเยื่อหุ้มปอดซ้ำ
- 7) เสี่ยงต่อภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และปอดอักเสบ (Pneumonia) เนื่องจากการหายใจตื้นจากอาการปวดและการระบายเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ
- 8) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

4.4.2.3 ระยะฟื้นฟูและการวางแผนจำหน่าย

- 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดแฟบหรือปอดอักเสบ หากปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมหลังจำหน่าย
- 2) ขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เช่น การดูแลแผล การฝึกหายใจ การออกกำลังกายฟื้นฟูปอด การรับประทานยา และการสังเกตอาการผิดปกติ
- 3) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความรู้และการเตรียมความพร้อมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการมาตรวจตามนัด

4.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.5.1 รวบรวมผลงานในรอบปีที่ผ่านมา
- 4.5.2 คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 ราย
- 4.5.3 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งการตรวจร่างกายผู้ป่วย
- 4.5.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
- 4.5.5 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
- 4.5.6 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ นำมาวางแผนโดยการใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทางด้านร่างกาย จิตสังคมและบริบทที่เกี่ยวข้อง
- 4.5.7 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้
- 4.5.8 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะในการพยาบาล
- 4.5.9 สรุปวิเคราะห์ รายงานการศึกษา จัดรวบรวมเป็นรูปเล่มผ่านคณะกรรมการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิของหน่วยงาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 50 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป อาการสำคัญคือ หอบมากขึ้น 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล โดย 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยตกต้นไม้สูง 2 เมตร ลงมากระแทกคานรถไถไป ไปโรงพยาบาลภูเวียง เอกซเรย์ปอด พบ Fracture rib 5th-7th with Right Pneumothorax แพทย์พิจารณา ใส่สายระบายทรวงอก 2 ขวด ด้านขวา Admit โรงพยาบาลภูเวียง 4 วัน ต่อมาหอบเหนื่อยมากขึ้น RR=30-35 ครั้งต่อนาที ร่วมกับมีไข้ แพทย์พิจารณา On ET-Tube ก่อนนำส่งโรงพยาบาลขอนแก่น ถึงโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัย Right Pneumothorax with Rt. Upper lung Contusion with Close Fracture rib 4th – 7th with Rule Out Blunt Thoracic Aorta แพทย์พิจารณาส่ง CTA Thoracic aorta : Clotted Rt. Hemothorax แพทย์พิจารณาผ่าตัด Rt. Video Assisted Thoracoscopic Surgery หลังผ่าตัดใส่สายระบายทรวงอก 2 ขวด ด้านขวา พบมีภาวะซีด Hct=28.7%, Hb 9.6 g/dL ร่วมกับมีอาการปวดแผล ได้รับการดูแลระหว่าง วันที่ 21 ส.ค. – 31 ม.ค.68 รวมจำนวน 10 วัน ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ระยะก่อนผ่าตัด (21 ส.ค. 68) เตรียมความพร้อมร่างกาย ตรวจประเมินผลเลือดพบว่ามี Hypokalemia เริ่มดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารมา 1 วัน เข้ารับการผ่าตัด Rt. Video Assisted Thoracoscopic Surgery (วันที่ 22 ส.ค. 68) ระยะหลังผ่าตัด (วันที่ 22 ส.ค. – 31 ส.ค. 68) ติดตามลักษณะสีของเลือดผ่านสายระบายทรวงอก การดูแลสายให้อาหารในระบบปิด การจัดการความปวด และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 15 ข้อ บรรลุวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลทั้ง 15 ข้อ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยรวมระยะเวลาดูแล 10 วัน จำหน่ายกลับบ้านได้

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้ทบทวนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก แผนการรักษาผู้ป่วยสอดคล้องกับทฤษฎีเป้าหมายการพยาบาล คือ ผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน จากการรวบรวมข้อมูลประเมินปัญหา ผู้ศึกษาได้นำปัญหาที่พบมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของรอย (Roy's Adaptation Model) ซึ่งผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสนองต่อยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก ได้รับการบริการการรักษารอบคอบทุกกระบวนการ และผลลัพธ์การดูแลในโรงพยาบาลจนแก่นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งตอบสนองเข็มมุ่งของโรงพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัย และเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาลเรื่องความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย และการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยอุบัติเหตุ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ด้านบริหาร เพื่อให้ผู้บริหารใช้ในการกำหนดนโยบาย สนับสนุนให้มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก

6.2 ด้านบริการ การพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก และเป็นการสร้างเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6.3 ด้านวิชาการ เกิดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก

6.4 ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังค่อนข้างสูงเนื่องจากทุกซ์ทรมาน พยาบาลจะเป็นต้องให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเป้าหมายในการกลับไปใช้ชีวิตตามสมรรถนะที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพ

7.2 ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจากพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการวางแผนจำหน่ายและเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยไปถึงเป้าหมายของผู้ป่วยรายนั้น

7.3 การตั้งเป้าหมายและการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยรายนี้จำเป็นจะต้องให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมด้วย ดังนั้นพยาบาลต้องมีการประสานงานให้ครอบคลุม ครอบคลุม ครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเหมาะสม รวมถึงประสานงานสถานพยาบาลใกล้เคียงเพื่อส่งต่อข้อมูลและร่วมวางแผนแนวทางการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

8.1 กระบวนการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายหลังการบาดเจ็บรุนแรงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นควรติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

8.3 Care giver เป็นผู้สูงอายุส่งผลให้ การฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้ช้า เนื่องจากมีปัญหาการได้ยิน

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลผู้ดูแลควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิทยาการพยาบาลและการรักษาใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและปลอดภัยมากที่สุด

9.2 ควรมีแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง เช่น สมรรถนะด้านการประเมินผู้บาดเจ็บตามแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support; ATLS)

9.3 ทีมพยาบาลควรประเมิน ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และป้องกันการคลาดเคลื่อนในการประเมินและวินิจฉัย

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) : เผยแพร่ในหน่วยงาน วันที่นำเสนอ วันที่ 10 เมษายน 2569

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน : (ระบุร้อยละ)

นายธีรพงศ์ เล็กดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ธีรพงศ์ เล็กดี

(นาย ธีรพงศ์ เล็กดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายธีรพงศ์ เล็กดี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางสาวนัตถภัทร โคตรหลักคำ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นางนุรดา ธนบุญลอย)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วันที่ 1 เดือน กันยายน พ.ศ. 2569
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นางพินิจ จอมเพชร)
พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
วันที่ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2569
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายธณัฐ โพธิ์พงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
วันที่ 15 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2569
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาการจัดการความปวดร่วมกับการบริหารปอดในผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก

2. หลักการและเหตุผล

ความปวดเป็นผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่งจากการบาดเจ็บทรวงอก โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรวมทั้งบาดเจ็บกระดูกซี่โครงมีอุบัติการณ์ของความปวดสูงถึงร้อยละ 91 โดยในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 70 มีความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Berben et al, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกจะมีความปวดอยู่ในระดับรุนแรง และในวันที่ 5 ของการนอนโรงพยาบาลความปวดจะเริ่มลดลงอยู่ในระดับปานกลาง (Solak et al, 2023) นอกจากนี้ยังพบว่าหลังได้รับการจัดการความปวดผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บมีระดับความปวดลดลงเพียงแค่ร้อยละ 37 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีความปวด (Berben et al, 2018) อีกทั้งยังพบการรายงานความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้แม้ในวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Hwang & Lee, 2024)

ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก ทั้งความปวดจากการบาดเจ็บและความปวดจากหัตถการ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สำหรับผลกระทบทางด้านร่างกายนั้น พบว่า ระบบหัวใจทำงานหนักมากขึ้น เป็นผลให้เพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจนกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand) (Ghori et al, 2009; Adam et al, 2023) นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลงเนื่องจากความปวด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันได้ (deep vein thromboembolism) (Malchow & Black, 2018; Ghori et al, 2019) ที่สำคัญยิ่งคือความปวดที่เกิดขึ้นบริเวณทรวงอกร่วมกับความปวดที่เพิ่มมากขึ้นขณะหายใจ ทำให้ประสิทธิภาพการหายใจและการไอเพื่อขับเสมหะลดลง ส่งผลให้ความจุการหายใจ (lung vital capacity) ลดลง และนำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดได้ รวมทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหายใจได้ ได้แก่ ภาวะปอดแฟบ (lung atelectasis) และปอดอักเสบ (pneumonia) ได้อีกด้วย (Liu & Wu, 2018; Ghori et al, 2019) นอกจากนี้ความปวดยังมีผลรบกวนการทำงานของระบบทางเดินอาหาร (Wu et al, 2015; Ghori et al, 2019) ระบบภูมิคุ้มกัน และการหายใจของแผล รวมทั้งคุณภาพของการนอน (Ghori et al, 2019) สำหรับผลกระทบของความปวดทางด้านจิตใจในผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก ที่สำคัญคือ ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความกลัว และความวิตกกังวล (Keefe, 2019) และหากการจัดการความเจ็บปวดเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะมีส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (Keefe, 2019) นอกจากนี้ถ้าความปวดยังคงอยู่เป็นเวลานานจนพัฒนา กลายเป็นความปวดเรื้อรัง ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Malchow & Black, 2018; Ghori et al, 2019; Tecic, Lefering, Althaus, Rangger, & Neugebauer, 2023) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตระยะยาวได้ (Wells, Paero, & McCaffery, 2018)

นอกจากผลกระทบดังกล่าวแล้วความปวดในผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอกยังเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดหลังการบาดเจ็บ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของ

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายเจ็บทรวงอก (Frawley, 2019) เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพปอดจะทำให้ปอดกลับมาทำหน้าที่ได้เท่ากับ หรือใกล้เคียงกับก่อนบาดเจ็บได้มากที่สุด ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลได้ (Summerlin, 2019) อย่างไรก็ตามความปวดนับเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพปอด (Ghori et al., 2019) เมื่อความปวดบริเวณทรวงอกลดลงจึงส่งผลให้ความจุการหายใจของผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกเพิ่มขึ้น (Erdogan, Erbil, Karakaya, & Demircan, 2015; Truitt et al., 2020) การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดหลังการบาดเจ็บ และประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสภาพปอดหลังการบาดเจ็บก็เป็นตัวสะท้อนที่สำคัญประการหนึ่งของการจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก

การดูแลผู้ป่วยบริการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน นับเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศขณะนี้ ต่างปรับเปลี่ยนให้ความสำคัญไปในทิศทางที่เป็นการตัดสินใจทางคลินิก และการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดทันสมัยที่สุดที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Polit & Beck, 2024) ลดความคลาดเคลื่อนและประกันผลลัพธ์สุขภาพทางบวกที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher, & Kaplan, 2022) ซึ่งรวมทั้งในเรื่องของการพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวด (สุคนธา จิวนารายณ์, 2566; ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และมาลินี อยู่ใจเย็น, 2567; Zabari, Lubart, Ganz, & Leibovitz, 2022; Shahriari, Golshan, Alimohammadi, Abbasi, & Fazel, 2025) ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอกที่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์การจัดการความปวด ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟู และลดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บทรวงอกในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ถือว่าเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีไม่น้อยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม คือการออกแบบและพัฒนาระบบงานที่ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพและปลอดภัย เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถทำได้ในทันที อีกทั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้มีการกำหนดประเด็นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญสูง (Patient Safety Goal: SIMPLE) โดยสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติ หนึ่งในประเด็นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญสูงดังกล่าวคือ Response to the Deteriorating Patient หมายถึง การระบุตัวผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือมีอาการแย่ลงอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยทรุดลงในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 ที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีโอกาสเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์หรืออาการทรุดลงในระหว่างนอนโรงพยาบาลสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์กรมหาชน) ได้กำหนดมาตรฐานให้โรงพยาบาล และสถานพยาบาลทุกแห่งปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงโดยกำหนดให้มีการเฝ้าระวังเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลง เข้าสู่ระยะวิกฤตต้องได้รับการดูแล จากการจรรยาบรรณของศูนย์อุบัติเหตุ พบว่า

การบาดเจ็บจากการจราจรใน ปีพ.ศ. 2566 มีผู้เสียชีวิต 317 ราย ปีพ.ศ. 2567 มีผู้เสียชีวิต 284 รายและปีพ.ศ. 2568 มีผู้เสียชีวิต 436 ราย ส่วนผู้บาดเจ็บในปีพ.ศ. 2566 เป็น 2,437 ราย ในปี พ.ศ. 2567 เป็น 2,307 ราย และล่าสุดปีพ.ศ. 2568 มีจำนวนทั้งสิ้น 2,467 ราย (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) กระทรวงมหาดไทย) ผู้จัดทำได้ตระหนักว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงควรมีแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการทรุดลงในผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก เพื่อป้องกันภาวะการหยุดหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวได้ โดยพัฒนาจากการประเมินเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการทรุดลงให้เริ่มจากชั่วโมงที่ 0 ชั่วโมงที่ 1 และ ชั่วโมงที่ 2,3 ตามลำดับ โดยไม่รอให้เกิดอาการที่แสดงถึงภาวะการหยุดหายใจ คือตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 และเพื่อให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่กระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก และสามารถปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลป้องกันหรือเฝ้าระวังอาการทรุดลงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ทรวงอกในระยะวิกฤตให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (2P Safety Goal) ของโรงพยาบาลขอนแก่นและใช้เป็นแนวปฏิบัติในหน่วยงาน การพัฒนาครั้งนี้ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ซึ่งเป็นกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญที่จะทำให้ขั้นตอนการทำงาน กระบวนการการดูแลมีคุณภาพและความปลอดภัย ที่ดียิ่งขึ้น เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ Plan-Do-Study-Act (PDSA) ดังนี้

Plan (แผน): ระบุปัญหา รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาแผนการปรับปรุง

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์หรืออาการทรุดลงในระหว่างการนอนโรงพยาบาลโดยหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 พบว่า การประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงเฉพาะรายโรคมีความแตกต่างตามประสบการณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดความล่าช้า ในการรักษาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้ และเมื่อผู้ป่วย Chest Injury เสี่ยงต่อภาวะ Tension Pneumothorax และ Massive Hemothorax ในการประเมินเฝ้าระวังภาวะวิกฤตจึงต้องป้องกันสายเลื่อนหลุดและตรวจสอบภาวะลมรั่วได้อย่างรวดเร็ว

Do (การดำเนินการ): ดำเนินการปรับปรุงตามแผนที่วางไว้ในระดับเล็กหรือเป็นโครงการนำร่อง

ทบทวนบทบาทของพยาบาลและจัดทำแบบบันทึกติดตามกิจกรรมทางการพยาบาลซึ่งพบว่าหลังการรักษาภาวะมีเลือดออกบริเวณเยื่อหุ้มปอด ผู้ป่วยยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ เกิดจากบทบาทของพยาบาลในการจัดการกิจกรรมทางการพยาบาลอาจจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ปอด ได้แก่ การจัดทำที่ไม่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การดูแลหยาบที่ไม่มีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การฝึกการหายใจ ควรเริ่มตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังทรวงอกได้รับบาดเจ็บ เพื่อจัดการแก้ไขและลดปัญหาความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นและบริหารปอด

Study (การศึกษา): วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงาน รวบรวมข้อมูล และประเมินประสิทธิผลการปรับปรุง

ปรึกษาทیمผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลการเฝ้าระวังผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บทรวงอกและแพทย์ผู้ดูแลถึงเกณฑ์ในการปฏิบัติเพื่อลดภาวะการหายใจล้มเหลว และลดภาวะแทรกซ้อนยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ถือว่าเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะในสถานบริการ

สุขภาพ และทดลองให้พยาบาลใช้แบบบันทึกแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยภาวะการแลกเปลี่ยน
แก๊สบกพร่องและเก็บข้อมูลเพื่อใช้เปรียบเทียบการลดการเกิดภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

Act (การดำเนินการ): การเข้าปรับปรุง เปลี่ยนแปลงตามผลลัพธ์ที่ได้ศึกษา

การประเมินคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บ (Trauma audit) โดยตรวจสอบความถูกต้อง แม่นยำของการ
วินิจฉัยการรักษา หรือผลการรักษาโดยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทบทวนไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
หลังการผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการความเจ็บปวด ส่งผลให้
ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ความจุการหายใจเพิ่มขึ้นใกล้เคียงปกติ
ปอดมีการฟื้นตัวได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ ตลอดจนลด
โอกาสเสี่ยงของการเกิดความปวดเรื้อรัง ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกเพิ่มขึ้น

4.2 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก
ขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งลดระยะเวลาในการทำงานได้มากขึ้น และ
สามารถขยายผลไปยังหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่คล้ายคลึงกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายระบายทรวงอกอย่างยั่งยืน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. บุคลากรในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 2 มีการใช้โปรแกรมในการให้การพยาบาลตามแนวทางการ
พัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกซี่โครงหักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สาย
ระบายทรวงอก ร้อยละ 90
2. คะแนนความเจ็บปวด (Pain score) หลังการพัฒนาการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกซี่โครง
หักที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องและใส่สายระบายทรวงอก ในระดับที่ไม่เกิน 3 คะแนน
3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายระบายทรวงอก เช่น ปอดแฟบ ภาวะหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด
ติดเชื้อบริเวณแผลที่ใส่สายระบายทรวงอก

(ลงชื่อ) ธีรพงศ์ เล็กดี ผู้ขอรับการคัดเลือก
(นายธีรพงศ์ เล็กดี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ความรู้ เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางการศึกษาครั้งนี้

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

๓.๑.๑ ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านม (Breast Cancer) หมายถึง ภาวะที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์เนื้อเยื่อที่บริเวณท่อน้ำนม (Ducts) หรือต่อมน้ำนม (Lobules) โดยเซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วและควบคุมไม่ได้ (Malignancy) จนกลายเป็นก้อนเนื้ออกร้ายลุกลามเข้าไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง และสามารถกระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายผ่านทางระบบน้ำเหลืองและกระแสเลือด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๖๖)

๓.๑.๒ อุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบมาเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก WHO พบว่า ในปี ๒๐๒๔ มีผู้หญิงประมาณ ๒.๔ ล้านคนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และมีผู้เสียชีวิตทั่วโลก ๖๙๔,๐๐๐ คน มะเร็งเต้านมเกิดขึ้นในทุกประเทศของโลกในผู้หญิงทุกช่วงอายุหลังวัยเจริญพันธุ์ แต่มีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (WHO, ๒๐๒๔)

๓.๑.๓ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านม

สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหลายประการทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศหญิง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ประมาณ ๙๙% ของมะเร็งเต้านมเกิดในผู้หญิง และ ๐.๕-๑% เกิดในผู้ชาย ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น โรคอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม เคยได้รับรังสี ประวัติการเจริญพันธุ์ (เช่น อายุที่เริ่มมีประจำเดือน และอายุที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก) การสูบบุหรี่ การใช้ฮอร์โมนหลังวัยหมดประจำเดือน ประมาณ ๘๐% ของมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นในผู้หญิงที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ นอกจากเพศหญิงและอายุ (มากกว่า ๔๐ ปี) แม้ประวัติครอบครัวจะเพิ่มความเสี่ยง แต่ผู้หญิงส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ไม่มีประวัติครอบครัวที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม การไม่มีประวัติครอบครัวไม่ได้หมายความว่ามีความเสี่ยงต่ำ การกลายพันธุ์ของยีนบางชนิดที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น BRCA๑, BRCA๒ และ PALB-๒ เพิ่มความเสี่ยงอย่างมาก ผู้หญิงที่ตรวจพบการกลายพันธุ์เหล่านี้หรือมีความเสี่ยงสูง อาจพิจารณากลยุทธ์ลดความเสี่ยง เช่น การใช้ยาเพื่อป้องกัน (chemoprevention) และ/หรือการผ่าตัดเอาเต้านมทั้งสองข้างออก (WHO, ๒๐๒๖)

๓.๑.๔ พยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านม

พยาธิสภาพของมะเร็งเต้านม (CA Breast) คือการที่เซลล์ภายในท่อน้ำนม (Duct) หรือต่อมน้ำนม (Lobule) มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติ แบ่งตัวรวดเร็ว และอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงหรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๖๖)

๓.๑.๕ อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๐ มาด้วยคลำพบก้อนที่เต้านม และร้อยละ ๑๐ มาด้วยเจ็บคัดตึงเต้านม บางรายอาจมาคัดหลั่งออกมาจากหัวนม หรือเต้านมมีลักษณะอักเสบ บวม แดง ร้อน ขนาดของเต้านมหรือรูปร่างเปลี่ยนไป หัวนมหรือผิวหนังบน เป็นแผลเรื้อรังที่เต้านม หรือมาด้วยอาการของโรคที่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ไอ หอบเหนื่อย จากการที่โรคกระจายไปที่ปอด เป็นต้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๖๖)

๓.๑.๖ การวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (๒๕๖๖) ได้กำหนดแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเต้านมว่า ในขั้นตอนเริ่มต้นของการวินิจฉัยคือการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด เช่น ประวัติประจำเดือน ประวัติมะเร็งในครอบครัว การรับประทานฮอร์โมน รวมถึงการตรวจพิเศษด้วยเครื่องอัลตราซาวด์และแมมโมแกรม

การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง การตรวจหาโรคในประชากรสตรียังไม่แสดงอาการผิดปกติ เพื่อค้นหารอยโรคในระยะเริ่มแรก (Early Stage) หรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม โดยวิธีมาตรฐานในการคัดกรอง ต้องส่งเสริมและประเมิน มี ๓ วิธีหลัก ดังนี้

๑. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination: BSE)

เป็นวิธีขั้นพื้นฐานที่แนะนำให้สตรีที่มีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปีขึ้นไป ปฏิบัติเป็นประจำทุกเดือน (ห่างจากวันแรกของการมีประจำเดือน ๗-๑๐ วัน) เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับลักษณะเนื้อเยื่อเต้านมของตนเอง และสามารถสังเกตพบความผิดปกติ เช่น ก้อนหนา ผิวหนังดิ่งรั้ง หรือสิ่งคัดหลั่งผิดปกติจากหัวนมได้อย่างรวดเร็ว แม้การตรวจ BSE จะไม่ได้ลดอัตราการเสียชีวิตโดยตรง แต่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าช่วยให้สตรีตระหนักรู้และมาพบแพทย์ได้เร็วขึ้นเมื่อพบความผิดปกติ (Breast Awareness) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๖๖)

๒. การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination: CBE)

เป็นการตรวจโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการดู และการคลำ อย่างเป็นระบบ แนะนำให้สตรีอายุ ๒๐-๓๙ ปี รับการตรวจทุก ๑-๓ ปี และสตรีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป รับการตรวจเป็นประจำทุกปี เพื่อช่วยค้นหาก้อนเนื้อที่ไม่สามารถคลำพบได้ง่ายด้วยตนเอง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๖๖)

๓. การตรวจทางรังสีวิทยาด้วยเครื่องแมมโมแกรมร่วมกับการทำอัลตราซาวด์ (Mammography and Ultrasonography)

การทำแมมโมแกรม (Mammogram): เป็นวิธีคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เนื่องจากสามารถตรวจพบจุดหินปูนผิดปกติ (Microcalcifications) หรือรอยโรคขนาดเล็กที่ไม่สามารถคลำได้ แนะนำในสตรีทั่วไปที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ให้ตรวจคัดกรองทุก ๑-๒ ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๖๖)

การทำอัลตราซาวด์ (Ultrasonography): มักใช้ควบคู่กับแมมโมแกรมในสตรีเอเชียเนื่องจากมีเนื้อเต้านมหนาแน่นสูง เพื่อช่วยแยกแยะระหว่างก้อนเนื้อ และถุงน้ำ ให้มีความแม่นยำยิ่งขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๖๖)

๓.๑.๗ การเจาะชิ้นเนื้อเต้านมเพื่อการวินิจฉัย (Breast Biopsy for Diagnosis)

การตรวจพบรอยโรคทางรังสีวิทยา (Mammogram/Ultrasound) ที่จัดอยู่ในกลุ่มสงสัยมะเร็ง (BI-RADS ๔ หรือ ๕) จำเป็นต้องได้รับการยืนยันผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathological Confirmation) ซึ่งถือเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม โดยหัตถการผู้ป่วยนอกที่นิยมใช้ในปัจจุบัน (เชิดเกียรติกุล และคณะ, ๒๕๖๐) มีดังนี้

๑. การเจาะดูดเซลล์ด้วยเข็มเล็ก (Fine Needle Aspiration Biopsy: FNA) ใช้เข็มขนาดเล็ก (เบอร์ ๒๑-๒๓) เจาะดูดเซลล์จากก้อนเนื้อหรือถุงน้ำ เพื่อส่งตรวจทางเซลล์วิทยา (Cytology) (เชิดเกียรติกุล และคณะ, ๒๕๖๐)

๒. การเจาะตัดชิ้นเนื้อด้วยเข็มขนาดใหญ่ (Core Needle Biopsy: CNB) ใช้เข็มขนาดใหญ่ (เบอร์ ๑๔-๑๖) ตัดเนื้อเยื่อเต้านมออกมา เพื่อให้แพทย์พยาธิประเมินลักษณะโครงสร้างเซลล์และตัวรับฮอร์โมน (Estrogen/Progesterone Receptor และ HER๒) ได้อย่างแม่นยำ (เชิดเกียรติกุล และคณะ, ๒๕๖๐)

๓. การเจาะชิ้นเนื้อเต้านมโดยใช้รังสีสามมิติทาง (Stereotactic Breast Biopsy) เป็นหัตถการสำคัญทางรังสีวินิจฉัยที่ออกแบบมาเพื่อเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อจากรอยโรคขนาดเล็กมากที่ไม่สามารถคลำพบได้

ด้วยมือ (Non-palpable lesions) และไม่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนผ่านการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) โดยมักจะใช้ตรวจรอยโรค จุดหินปูนที่ผิดปกติ (Microcalcifications) ที่ตรวจพบจากแมมโมแกรม (เชิดเกียรติกุล และคณะ, ๒๕๖๐)

๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อเต้านม เป็นการพยาบาลที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ในการให้การพยาบาลที่เฉพาะแก่ผู้ป่วย รวมถึงการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยมารับฟังผลชิ้นเนื้อ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อแบ่งออกเป็น ๓ ระยะดังนี้

๓.๒.๑ ระยะก่อนทำการเจาะชิ้นเนื้อ

การประเมินและเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

๑. ชักประวัติการใช้ยา โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด (แอสไพริน ยาต้านการแข็งตัวของเลือด) หากผู้ป่วยรับประทานอยู่ ต้องแจ้งแพทย์และหยุดยาก่อนเจาะชิ้นเนื้อประมาณ ๕-๗ วัน เพื่อป้องกันปัญหาเลือดหยุดยาก ระหว่างทำการเจาะ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางต่างประเทศที่ระบุว่าทีมดูแลจะซักถามเรื่องการใช้แอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด และอาจให้หยุดยาก่อนทำการเจาะไม่กี่วันพร้อมแนะนำให้สวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย รวมถึงเสื้อชั้นในแบบนุ่มที่ไม่ระคายเคืองบริเวณที่จะเจาะชิ้นเนื้อ (Cleveland Clinic, ๒๐๒๕)

๒. ชักประวัติการตั้งครรภ์หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ หรือกำลังให้นมบุตร

๓. โดยทั่วไปในวันที่เจาะชิ้นเนื้อไม่จำเป็นต้องงดน้ำงดอาหารก่อนตรวจ เนื่องจากส่วนใหญ่ใช้ยาชาเฉพาะที่

๔. แนะนำให้งดการทาแป้ง โรลออน น้ำหอม โลชั่น หรือครีมบริเวณเต้านมและรักแร้ ในวันตรวจ เพื่อไม่ให้รบกวนภาพถ่ายทางรังสี (Cleveland Clinic, ๒๐๒๕)

การให้ข้อมูลและการดูแลด้านจิตใจ

๑. อธิบายขั้นตอนการตรวจล่วงหน้าเพื่อลดความวิตกกังวล เนื่องจากเป็นเรื่องปกติที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกังวลก่อนเข้ารับการเจาะชิ้นเนื้อ การรู้ล่วงหน้าว่าต้องเตรียมตัวอย่างไรจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ และให้การดำเนินไปอย่างราบรื่น (HealthPartners, n.d.)

๒. พยาบาลมีบทบาทสำคัญด้านการให้ข้อมูล การประเมินผู้ป่วย และการสนับสนุนตลอดกระบวนการเจาะชิ้นเนื้อ เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย (Versaggi & De Leucio, ๒๐๒๔)

๓. การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนทำการ/ผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่รอเจาะชิ้นเนื้อเต้านมได้เช่นกัน (สุนิศา และคณะ, ๒๕๖๗)

๔. อธิบายเรื่องความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นระหว่างทำการเจาะ เช่น จะรู้สึกเจ็บเพียงเล็กน้อยขณะฉีดยาชา และระหว่างการเจาะชิ้นเนื้อจะไม่รู้สึกเจ็บ แต่จะได้ยินเสียงของเข็มเจาะ เพื่อป้องกันความตกใจ (ฉัตรทนานนท์, ๒๕๖๖)

๕. ให้ผู้ป่วยและญาติลงนามในใบยินยอมรับการทำการ/ผ่าตัด (informed consent)

๓.๒.๒ ระยะทำการเจาะชิ้นเนื้อ

๑. จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมกับตำแหน่งก้อนและเครื่องมือนำวิถี (อัลตราซาวด์/แมมโมแกรม/MRI) พร้อมดูแลความเป็นส่วนตัว

๒. ดูแลสิ่งแวดล้อม ช่วยแพทย์เตรียมและส่งอุปกรณ์ในการฉีดยาชาเฉพาะที่และการเจาะชิ้นเนื้อ

๓. ให้กำลังใจ พุดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction technique) ลดความวิตกกังวลระหว่างหัตถการ

๔. เฝ้าระวังและประเมินสัญญาณชีพ อาการปวด และปฏิกิริยาของร่างกาย เช่น ภาวะเป็นลม (vasovagal reaction) ระหว่างหัตถการ

๕. สังเกตปริมาณเลือดออก ณ บริเวณที่เจาะ และแจ้งแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติ จัดการขึ้นเนื้อที่ได้อย่างถูกต้อง ติดป้ายชื่อ-สกุลผู้ป่วยและส่งตรวจทางพยาธิวิทยาให้ถูกต้อง แม่นยำ ไม่ปนเปื้อน โดยทั่วไปหัตถการนี้ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ ใช้เวลาประมาณ ๑๕-๓๐ นาที มีความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล และแผลหายได้เองที่บ้าน (Namarak Hospital, n.d.)

๓.๒.๓ ระยะเวลาหลังทำหัตถการเจาะขึ้นเนื้อ

๑. การห้ามเลือดและการดูแลแผล หลังการเจาะขึ้นเนื้อ ให้กดแผลห้ามเลือดประมาณ ๑๕ นาที เมื่อเลือดหยุดจึงปิดแผลด้วยผ้าก๊อซหรือแผ่นกันน้ำ และปิดแผลไว้ ๓ วัน หากต้องเปลี่ยนแผลก่อนครบกำหนด (แผลสกปรกหรือผ้าปิดหลุด) ให้ทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์แล้วทาโพวิดีนก่อนปิดแผลใหม่ (โรงพยาบาลไทยนครินทร์, ๒๐๒๓)

๒. แนะนำดูแลแผล สังเกตอาการติดเชื้อ เช่น รอยแดง บวม หรือมีหนอง ไม่ควรทาแป้งหรือโลชั่นบริเวณแผล (Drugs.com, ๒๐๒๖)

๓. ประคบเย็นเพื่อลดปวดบวม โดยใช้ถุงน้ำแข็งประคบครั้งละ ๑๕-๒๐ นาที ทุกชั่วโมงตามคำแนะนำ โดยห่อด้วยผ้าขนหนูก่อนวางบนผิวหนัง (Drugs.com, ๒๐๒๖)

๔. แนะนำให้พักการใช้แขนข้างที่ทำหัตถการและงดกิจกรรมหนักประมาณ ๑ วันหลังทำหัตถการ

๕. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการที่ต้องมาพบแพทย์ทันที แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติและกลับมาพบแพทย์หากแผลมีรอยแดง บวม หรือมีหนองไหล มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นขึ้นคัน หรือมีอาการปวดที่ไม่ทุเลาลงหลังรับประทานยาแก้ปวด (Drugs.com, ๒๐๒๖)

๖. การดูแลด้านจิตใจและการติดตามผล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ประเมินและดูแลด้านจิตใจขณะรอผลการวินิจฉัย เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนสูง พร้อมให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่บ้าน วิธีดูแลแผล และช่องทางติดต่อกรณีฉุกเฉิน

๓.๓ แนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

๓.๓.๑ แนวคิดกระบวนการพยาบาล กระบวนการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญที่นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้วิธีการดูแลอย่างเป็นระบบมีมาตรฐาน พัฒนาการบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และเพื่อประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดกับผู้ป่วย การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะขึ้นเนื้อเต้านม ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนดังนี้

๑. การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะขึ้นเนื้อเต้านม (Nursing Assessment)

การประเมินด้านร่างกาย ซักประวัติการรับประทานยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด (เช่น Aspirin, Warfarin, Clopidogrel) ประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา และประเมินความสมบูรณ์ของผิวหนังบริเวณเต้านม การประเมินด้านจิตใจ ประเมินความวิตกกังวล ความกลัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล

๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เป็นการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินสภาพโดยข้อมูลที่ได้ต้องผ่านการตีความหมาย แปลความหมาย และสรุปความหมาย ให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพผู้ป่วยแต่ละคน การกำหนดวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ต้องมีการแปลความหมายของข้อมูล เช่น การจัดกลุ่มข้อมูลตามภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นเทียบกับเกณฑ์ปกติจะได้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนั้น และต้องมีการทวนสอบปัญหาที่เกิดขึ้น

ให้ตรงกับผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่การกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อเต้านมนั้น จะกำหนดตามปัญหาที่เกิดขึ้นให้สอดคล้องกับสาเหตุและอาการแสดงของผู้ป่วย เช่น ๑) วิตกกังวลเนื่องจาก ขาดความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเจาะชิ้นเนื้อและความกลัวต่อผลการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ๒) เสี่ยงต่อภาวะ เลือดออกผิดปกติหรือเกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (Hematoma) เนื่องจากประสิทธิภาพการห้ามเลือดลดลง ๓) พร่องความรู้ในการดูแลตนเองและแผลเจาะชิ้นเนื้อเมื่อกลับบ้าน

๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing Planning)

เป็นการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่กำหนดไว้ โดยต้องวัดได้จากเกณฑ์การประเมินที่ตั้งโดยการวางแผนการพยาบาลอาจปฏิบัติได้จริง หรือปฏิบัติได้ แต่ไม่ครอบคลุมก็เป็นได้

๔. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Implementation)

เป็นการนำแผนการพยาบาลมาปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยแบ่งออกเป็น ๓ ระยะได้แก่ ระยะก่อน ทำหัตถการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน ข้อดี-ข้อเสีย ระยะเวลาการทำหัตถการ และการปฏิบัติตัว เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว ตรวจสอบ consent form ระยะระหว่างทำ หัตถการ จัดทำนอนให้ผู้ป่วยสบายและปลอดภัย ประยุกต์ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อความผ่อนคลาย เช่น ชวนพูดคุย สังเกตอาการข้างเคียงจากยาและการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระยะหลังทำหัตถการ ปิดแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ กดห้ามเลือดอย่างมีประสิทธิภาพและประคับเียนอย่างน้อย ๑๕ นาที แนะนำดูแล แผลไม่ให้โดนน้ำเป็นเวลา ๓ วัน การสวมเสื้อชั้นในทั้งกลางวันและกลางคืนเพื่อประคบบาดแผลบริเวณเต้านม สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงการยกของหนัก การออกกำลังกายหรือกิจกรรมที่ออกแรง เช่น เต้นแอโรบิก อุ้มเด็ก ขับรถ หลังเจาะชิ้นเนื้อเป็นเวลา ๓ วัน ถ้ามีอาการปวดสามารถรับประทานยาแก้ปวด พาราเซตามอลได้ และควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อลดเลือด หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด ต่ออีก ๒๔ ชั่วโมงหลังการ เจาะชิ้นเนื้อ (ถ้ามี) รวมถึงแนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล พยาบาลติดตามผลชิ้นเนื้อผู้ป่วย หากพบว่าผลเป็นมะเร็ง ประสานงานโทรแจ้งผู้ป่วยมารับฟังผลชิ้นเนื้อกับแพทย์เร็วขึ้น เพื่อเข้ากระบวนการ รักษาได้เร็วขึ้น

๕. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

หลังจากผู้ป่วยได้รับการเจาะชิ้นเนื้อเต้านมแล้ว พยาบาลประเมินระดับความเจ็บปวดและ ความวิตกกังวลหลังทำหัตถการ ตรวจสอบแผลก่อนกลับบ้าน แผลแห้งดี ไม่มีเลือดออก และไม่มีรอยเขียวช้ำ ขยายวงกว้าง ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้การมาตามนัดฟังผลชิ้นเนื้อ การดูแลตนเองหลังเจาะ ชิ้นเนื้อเมื่อกลับบ้าน

๓.๓.๒ การประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

๑. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแล สุขภาพการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ

๒. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ภาวะ โภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโต และระบบภูมิคุ้มกัน

๓. การขับถ่าย เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย

๔. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวข้องกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรม ต่าง ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของ โครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด

๕. การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลาย และการนอนหลับ

๖. สติปัญญาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกลทางประสาทสัมผัส ความสามารถ ทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้

๗. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเอง

๘. บทบาทและสัมพันธภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสารและ พัฒนาการด้านสังคม

๙. เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์ และเพศสัมพันธ์

๑๐. การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการ และการปรับตัว กับความเครียด

๑๑. คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ มีผู้หญิงทั่วโลกได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมประมาณ ๒.๔ ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ ๖๙๔,๐๐๐ ราย (World Health Organization, ๒๐๒๖) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลประมาณการ GLOBOCAN ๒๐๒๔ พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน ๒๑,๐๖๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๕ ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในเพศหญิง และมีผู้เสียชีวิตประมาณ ๘,๘๘๙ ราย (International Agency for Research on Cancer, ๒๐๒๖) การตรวจวินิจฉัยอย่างทันท่วงทีและการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญต่อการเข้าสู่กระบวนการรักษา

การเจาะด้วยเข็มตัดชิ้นเนื้อเต้านม (Core needle biopsy) เป็นการนำตัวอย่างเนื้อเยื่อจากบริเวณที่ผิดปกติไปตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและประกอบการวางแผนรักษา รวมถึงตรวจตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเมื่อพบมะเร็ง (National Cancer Institute, ๒๐๒๕) หัตถการนี้สามารถทำในแผนกผู้ป่วยนอกภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยแพทย์ระบุตำแหน่งรอยโรค ใช้เข็มตัดเก็บเนื้อเยื่อ แล้วกดห้ามเลือดและปิดแผล แม้มีแผลขนาดเล็ก แต่อาจเกิดความปวด รอยขีด เลือดออก เลือดคั่ง และการติดเชื้อ ส่วนภาวะผลข้างเคียงในช่องเยื่อหุ้มปอดพบได้น้อยมาก จึงต้องประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม (RadiologyInfo.org, ๒๐๒๖)

ศูนย์รักษเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๖๘ จำนวน ๓๘๓, ๓๘๘ และ ๔๘๒ ราย และมีผู้รับการเจาะด้วยเข็มตัดชิ้นเนื้อเต้านมจำนวน ๒๔๓, ๓๗๔ และ ๔๑๒ ราย ตามลำดับ ในกลุ่มผู้รับการเจาะชิ้นเนื้อนี้มีผลยืนยันมะเร็งเต้านมจำนวน ๑๖๔, ๒๒๑ และ ๒๓๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๔๙, ๕๙.๐๙ และ ๕๗.๕๒ ตามลำดับ (งานสารสนเทศโรงพยาบาลขอนแก่น, ๒๕๖๙) จำนวนผู้รับหัตถการที่เพิ่มขึ้นและสัดส่วนผู้ตรวจพบมะเร็งมากกว่าครึ่งหนึ่งในแต่ละปี สะท้อนถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อม ดูแลความปลอดภัย และติดตามผลตรวจอย่างเป็นระบบ

การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนจากความแตกต่างด้านอายุ โรคร่วม การใช้ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด และความพร้อมทางจิตใจ พยาบาลต้องประเมินความเสี่ยง ประสานแผนการใช้ยากับแพทย์ และให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจก่อนตรวจ ขณะเจาะต้องประเมินความปวด เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และตรวจสอบความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจ ส่วนหลังเจาะต้องให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผล สัญญาณเตือน และการรับผลตรวจ (RadiologyInfo.org, ๒๐๒๖) ควบคู่กับการประเมินและช่วยเหลือด้านจิตใจ เนื่องจากความไม่แน่นอนของผลวินิจฉัยอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวล (National Cancer Institute, ๒๐๒๕)

จากการปฏิบัติงานพบว่า ผู้ป่วยบางรายกลัวการเจาะชิ้นเนื้อ มีความวิตกกังวล และเข้าใจการปฏิบัติตัวไม่ครบถ้วน ส่งผลให้ดูแลแผลหรือสังเกตอาการผิดปกติได้ไม่เหมาะสม รวมทั้งไม่มาตามนัดรับผลตรวจ

ประกอบกับระยะเวลาแจ้งผลทางพยาธิวิทยาประมาณ ๗-๑๔ วัน อาจเพิ่มความกังวลระหว่างรอผล และหากผู้ป่วยไม่กลับมารับฟังผล อาจทำให้การวางแผนรักษาล่าช้า ปัญหาดังกล่าวจึงต้องได้รับการประเมินสาเหตุเป็นรายบุคคล ทั้งด้านความเข้าใจ ความพร้อมทางอารมณ์ และข้อจำกัดในการมาติดตาม เพื่อให้การช่วยเหลือตรงกับความต้องการ

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ” ณ ศูนย์รักษเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลตั้งแต่อ่อนเจาะ จนกระทั่งการรับทราบผลตรวจ โดยมุ่งให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ ที่มารับบริการ ณ ศูนย์รักษเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน และผู้ป่วยเข้ากระบวนการรักษาได้เร็วขึ้นหากพบผลชิ้นเนื้อเป็นมะเร็ง

๔.๔ สารสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๕๑ ปี สถานะภาพ โสด อาชีพ พนักงานบริษัท มีโรคประจำตัวเป็น DM, HT, DLD รับประทานประจำที่โรงพยาบาลขอนแก่น ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มีประวัติเคยผ่าตัดพังผืดที่มือข้างขวา วันแรกที่มาใช้บริการ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๘ มาด้วยอาการคันและปวดเต้านมทั้งสองข้าง ไม่มีสารคัดหลั่งไหลออกจากหัวนม คลำไม่พบก้อนที่เต้านม ประจำเดือนมาปกติ ผล MMG+U/S (๕/๒/๒๕๖๙) : BIRADS ๔A จึงส่งเจาะชิ้นเนื้อวันที่ ๑๑/๒/๒๕๖๙ แกร็บขณะรับไว้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องดี วัดอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๙ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๖/๗๙ มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง ๑๕๓ เซนติเมตร น้ำหนัก ๗๘ กิโลกรัม ขณะรอรับการเจาะชิ้นเนื้อผู้มีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามซ้ำ ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และแผนการรักษาหลังจากมาฟังผลชิ้นเนื้อพยาบาลเข้าไปพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ผู้ป่วยสีหน้าคลายวิตกกังวลลง และพร้อมเข้ารับการเจาะชิ้นเนื้อตามแผนการรักษา ได้จึงสรุปปัญหาของผู้ป่วยดังนี้

ระยะก่อนทำหัตถการเจาะชิ้นเนื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ วิตกกังวล

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามซ้ำหลายครั้งเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและแผนการรักษา หลังจากมาฟังผลชิ้นเนื้อ

เป้าหมาย: ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สามารถสื่อสารความต้องการและเข้าร่วมการตรวจได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความกังวลด้วยแบบประเมิน STAI Form Y-๑ และสอบถามถึงสิ่งที่กังวลมากที่สุด เช่น ความเจ็บ ผลวินิจฉัย หรือผลกระทบต่อครอบครัว
๒. รับฟังโดยไม่ตัดสิน ให้ข้อมูลตามข้อเท็จจริง และไม่รับรองล่วงหน้าว่าผลตรวจจะไม่เป็นมะเร็ง
๓. อธิบายขั้นตอนในการทำหัตถการเจาะชิ้นเนื้อ สดข้อมูลที่เกินความจำเป็นในขณะที่ผู้ป่วยเครียด และเปิดโอกาสให้บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจร่วมรับข้อมูลตามความยินยอม
๔. สอนผู้ป่วยฝึกหายใจช้า ๆ เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งเมื่อจำเป็นต้องพัก เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมควบคุมสถานการณ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ ขาดความรู้เกี่ยวกับการเจาะชิ้นเนื้อและการดูแลตนเองหลังทำหัตถการ
ข้อมูลสนับสนุน สอบถามขั้นตอนการตรวจและการปฏิบัติตัวหลายครั้ง

เป้าหมาย: ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการตรวจ เตรียมตัวได้ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับก้อนเต้านม ประสบการณ์การตรวจ ความเชื่อ ภาษา การได้ยิน และความพร้อมในการรับข้อมูล เพื่อปรับการสอนให้เหมาะกับแต่ละราย
๒. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การจัดทำ การฉีดยาชา การเก็บชิ้นเนื้อ การกดห้ามเลือด และการส่งตรวจ โดยชี้แจงว่าการได้รับบาดเจ็บไม่ได้หมายความว่ายืนยันเป็นมะเร็งแล้ว (National Cancer Institute, ๒๐๒๕)
๓. อธิบายความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้น เช่น เจ็บแสบช่วงฉีดยาชา รู้สึกกดหรือตึง และได้ยินเสียงอุปกรณ์ พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยบอกทันทีเมื่อปวดมากหรือไม่สบาย (RadiologyInfo.org, ๒๐๒๖)
๔. ทบทวนรายการยา สมุนไพร อาหารเสริม และประวัติแพ้ยา โดยให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนจัดการยาของแพทย์ ไม่หยุดยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดเอง (RadiologyInfo.org, ๒๐๒๖)
๕. ตรวจสอบคำสั่งเตรียมตัวของหน่วยงาน โดยเฉพาะกรณีได้รับยาระงับประสาทซึ่งต้องมีแผนเรื่องการงดอาหารและผู้พาลกลับบ้าน ไม่ใช่คำสั่งเตรียมตัวแบบเดียวกันกับผู้ผู้ป่วยทุกราย
๖. ให้ผู้ป่วยอธิบายกลับเรื่องการเตรียมตัว การแจ้งอาการระหว่างเจาะ และการรับผลตรวจ พร้อมตรวจสอบเอกสารยินยอมหลังผู้ป่วยได้รับคำอธิบายและมีโอกาสซักถาม

ระยะขณะทำหัตถการเจาะชิ้นเนื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ เสี่ยงต่อการมีเลือดออก

ข้อมูลสนับสนุน การได้รับการเจาะชิ้นเนื้อเต้านมอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหลอดเลือด แม้มีโอกาสเกิดได้น้อยแต่สามารถเกิดขึ้นได้

เป้าหมาย ไม่เกิดเลือดออกมากหรือเลือดคั่งที่ขยายตัว และตรวจพบอาการผิดปกติได้รวดเร็ว

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ชักประวัติเลือดออกผิดปกติ โรคที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด และเวลาที่รับยาด้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดครั้งล่าสุด
๒. ทบทวนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อมีข้อบ่งชี้หรือแพทย์สั่ง ไม่กำหนดให้ผู้ผู้ป่วยทุกรายต้องตรวจการแข็งตัวของเลือดโดยอัตโนมัติ
๓. เตรียมวัสดุกดห้ามเลือดและอุปกรณ์ช่วยเหลือให้พร้อม สังเกตเลือดออกและการบวมบริเวณเจาะระหว่างตรวจ
๔. หลังถอนเข็ม กดห้ามเลือดโดยตรงและต่อเนื่องตามแนวทางหน่วยงานและสภาพผู้ป่วย ตรวจสอบว่าเลือดหยุดก่อนปิดแผล (RadiologyInfo.org, ๒๐๒๖)
๕. แนะนำผู้ป่วยหากพบเต้านมบวมเร็ว ปวดเพิ่มมาก เลือดออกต่อเนื่อง หน้ามืด ให้รีบแจ้งพยาบาลและหากสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง แจ้งแพทย์ทันทีและประเมินตามภาวะฉุกเฉิน ไม่รบกวนจบหัตถการ
๖. ประคบเย็นโดยห่อผ้าครึ่งละประมาณ ๑๐-๑๕ นาทีเป็นช่วง ๆ ใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมงแรกตามคำแนะนำของทีม และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
๗. แนะนำเสื้อชั้นในที่พยุงเต้านมและใส่สบาย รวมทั้งหลีกเลี่ยงกิจกรรมหนักหรือยกของหนักตามระยะที่หน่วยงานกำหนด
๘. ให้คำแนะนำการกลับมาใช้ยาด้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนแพทย์เฉพาะราย
๙. สอนให้กดแผลต่อเนื่องเมื่อมีเลือดซึม หากเลือดไม่หยุดหลังการกด ๑๐-๒๐ นาที หรือมีบวมเร็วและปวดรุนแรง ให้มารับการประเมินทันที หากหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หรือหมดสติ ให้ขอความช่วยเหลือ

ช่วยเหลือฉุกเฉิน (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, ๒๐๒๖; RadiologyInfo.org, ๒๐๒๖)

ระยะหลังทำหัตถการเจาะชิ้นเนื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ ปวด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรายงานระดับความปวด ๓-๔ คะแนน สีหน้าแสดงความเจ็บปวด และหลีกเลี่ยงการขยับแขนข้างที่ทำหัตถการ

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และสามารถอยู่ในท่าพักได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความปวดหลังทำหัตถการ โดยใช้คำบอกเล่าของผู้ป่วยร่วมกับสีหน้าและพฤติกรรม
๒. อธิบายก่อนแต่ละขั้นตอน และให้ผู้ป่วยแจ้งเมื่อเจ็บแปลบหรือปวดมาก หากปวดมากให้แจ้งแพทย์เพื่อพักและประเมินยาชา ไม่ให้ผู้ป่วยฝืนทนหรือเคลื่อนไหวกะทันหันขณะเข็มอยู่ในเต้านม
๓. ประเมินความปวดซ้ำหลังปรับท่าหรือได้รับการจัดการ และบันทึกผลตอบสนอง (RadiologyInfo.org, ๒๐๒๖)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๕ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน การสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนังจากการเจาะชิ้นเนื้อเต้านมอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สอนการล้างมือก่อนสัมผัสแผล และการดูแลวัสดุปิดแผลตามชนิดที่ใช้
๒. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำหลัง ๒๔ ชั่วโมงได้เมื่อไม่มีข้อจำกัดเพิ่มเติม และไม่แช่น้ำหรือว่ายน้ำ
๓. สอนสังเกตอาการแดงร้อนลาม ปวดเพิ่ม มีหนอง หรือมีไข้ และให้มาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อพบอาการ
๔. ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอธิบายกลับเรื่องการดูแลแผลและสัญญาณเตือน พร้อมมอบคำแนะนำเป็นลายลักษณ์อักษร (MSK, ๒๐๒๖; RadiologyInfo.org, ๒๐๒๖)

สรุปกรณีศึกษา ผู้ป่วยได้รับการเจาะชิ้นเนื้อเต้านมตามแผนการรักษา สีหน้าวิตกกังวลลดลง ปวดแผลเล็กน้อย pain score ๔ คะแนน แผลบริเวณที่เจาะชิ้นเนื้อไม่บวมแดง ไม่ซ้ำ ไม่มีเลือดออก ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๕.๑ เลือกรณีศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ ณ ศูนย์รักษเต้านม โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน ๑ ราย

๔.๕.๒ การรวบรวมข้อมูล โดยการซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจพิเศษ การวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ และการประเมินภาวะสุขภาพ ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน (Gordon, ๑๙๙๔) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรม

ภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในเลือด มีรายละเอียดการประเมินทั้ง ๑๑ ด้าน ดังนี้

๑. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ

๒. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ภาวะ โภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโต และระบบภูมิคุ้มกัน

๓. การขับถ่าย เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย

๔. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด

๕. การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลาย และการนอนหลับ

๖. สถิติปัญหาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถ ทางสถิติปัญหา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้

๗. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเอง

๘. บทบาทและสัมพันธภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสารและพัฒนาการด้านสังคม

๙. เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์ และเพศสัมพันธ์

๑๐. การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการ และการปรับตัว กับ ความเครียด

๑๑. คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

๔.๔.๓ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนในการให้การพยาบาล

๔.๔.๔ ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการดูแลการพยาบาล

๔.๔.๕ สรุปการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะ

๔.๔.๖ นำข้อมูลที่รวบรวมแล้วให้ผู้มีความรู้ความสามารถด้านวิชาการช่วยตรวจสอบความถูกต้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไข

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑. เชิงปริมาณ ผลสำเร็จของงานทางวิชาการ ๑ เรื่อง คือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ ดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙

๕.๒ เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หลังการเจาะชิ้นเนื้อเต้านม และได้รับความรู้เข้าใจในเรื่องโรคและการรักษา รวมถึงความตระหนักในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ

๖.๒ ใช้เป็นข้อมูลในการพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้ออย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ และใช้คำศัพท์ที่เข้าใจง่าย ความระมัดระวังในการใช้คำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การติดต่อประสานงานกับทางสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และความต้องการในการเข้าถึงข้อมูลผลชิ้นเนื้อผู้ป่วยและการแจ้งเตือนผลชิ้นเนื้อ

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ด้านองค์ความรู้และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อเต้านม รวมทั้งการให้การพยาบาลด้านการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

๙.๒ ควรมีพัฒนาการใช้ระบบ I-hospital ที่มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้เมื่อผลพยาธิวิทยาที่วินิจฉัยเป็นมะเร็งได้รับการรับรองจากพยาธิแพทย์ ระบบจะแจ้งเตือนไปยังพยาบาลผู้รับผิดชอบทันที เพื่อให้สามารถติดต่อผู้ป่วยมารับฟังผลชิ้นเนื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษา

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอที่กลุ่มงานตรวจรักษาพิเศษวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๙

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวจิตรา เขียววงษ์ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) จิตรา เขียววงษ์
(..นางสาวจิตรา เขียววงษ์ ..)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ๑๗ / สิงหาคม / ๒๕๖๙

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจิตรา เขียววงษ์	จิตรา เขียววงษ์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) _____

(นางนุสรี จากทอง)

(ตำแหน่ง) พนักงานบริหารทั่วไป

(วันที่) 18 / สิงหาคม / 2569

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) _____

(นางอภิญญา ร่องเมือง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 19 / สิงหาคม / 2569

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) _____

(นางพินิจ จอมเพชร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 22 / สิงหาคม / 2569

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) _____

(นายธนสิทธิ์ ไพพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) / 5 ..ค.ค. 2569

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบพยาบาลนำทางเชิงรุกร่วมกับระบบแจ้งเตือนผลพยาธิวิทยา ศูนย์รักษาด้านม โรงพยาบาลขอนแก่น

๒. หลักการและเหตุผล

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในปี ๒๐๒๒ มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ ๒.๓ ล้านคน (WHO, ๒๐๒๒) สอดคล้องกับประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่มากกว่า ๒๐,๐๐๐ รายต่อปี พบมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง ร้อยละ ๓๔.๒ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๖๓)

การวินิจฉัยและการเริ่มต้นรักษาอย่างรวดเร็วมีความสำคัญต่อการเพิ่มโอกาสรอดชีวิต ลดการดำเนินของโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการเริ่มรักษาที่ยาวนานสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นและผลลัพธ์การรักษาที่แย่ลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Hanna TP, et al., ๒๐๒๐)

จากการดำเนินงานของ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ส่วนหนึ่งมีระยะเวลารอคอยตั้งแต่การเจาะชิ้นเนื้อจนถึงการเข้ารับการรักษาค่อนข้างนาน สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การติดตามผลพยาธิวิทยาที่ล่าช้า การรอการแจ้งผลจากหลายหน่วยงาน การนัดหมายผู้ป่วยหลังทราบผล การประสานงานระหว่างพยาธิแพทย์ ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ และคลินิกเฉพาะทาง รวมถึงผู้ป่วยบางรายไม่สามารถติดต่อได้ทันที ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวางแผนการรักษาเพิ่มความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และอาจกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ปัจจุบันศูนย์รักษาด้านม ยังไม่มีระบบแจ้งเตือนผลพยาธิวิทยาแบบเชิงรุกที่เชื่อมโยงกับการพยาบาลโดยตรง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมาติดตามผลชิ้นเนื้อล่าช้า

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดพัฒนาระบบ Patho Alert ร่วมกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล โดยกำหนดให้เมื่อผลพยาธิวิทยาที่วินิจฉัยเป็นมะเร็งได้รับการรับรองจากพยาธิแพทย์ ระบบจะแจ้งเตือนไปยังพยาบาลนำทางทันที เพื่อให้สามารถติดต่อผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อฟังผลชิ้นเนื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ลดระยะเวลารอคอย เพิ่มความต่อเนื่องของบริการ และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลขอนแก่น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ จากปัญหาในระบบเดิมคือ ไม่มีการแจ้งเตือนผลชิ้นเนื้อโดยอัตโนมัติ พยาบาลต้องเข้าไปค้นในระบบ I-hospital ด้วยตนเอง การนัดหมายผู้ป่วยเพื่อฟังผลชิ้นเนื้อประมาณ ๑๔ วัน ผู้ป่วยได้รับการ นัดหมายหลังทราบผลล่าช้า

แนวคิดในการพัฒนา ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบ Patho Alert เมื่อผลพยาธิวิทยาที่เป็นมะเร็งได้รับการรับรอง ระบบสารสนเทศจะแจ้งเตือนพยาบาลผู้รับผิดชอบผ่าน Dashboard หรือระบบข้อความภายในโรงพยาบาล เพื่อให้ดำเนินการภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอ เสนอให้พัฒนาระบบ Patho Alert ร่วมกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล รวมทั้งช่องทางด่วนในการพบศัลยแพทย์ในระยะเวลาที่กำหนด

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ระบบสารสนเทศเชื่อมต่อกันไม่สมบูรณ์ แก้ไขโดยร่วมพัฒนาระบบกับฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเริ่มจากการแจ้งเตือนถึงอัตโนมัติ ผู้ป่วยติดต่อไม่ได้ แก้ไขโดยยืนยันข้อมูลการติดต่อทุกครั้ง และบันทึกช่องทางติดต่อสำรอง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้รับการติดตามอย่างเป็นระบบตั้งแต่ทราบผลพยาธิวิทยาจนถึงการเริ่มรักษา
๒. ระยะเวลาตั้งแต่ผลพยาธิวิทยาออกจนถึงการพบแพทย์ผู้รักษาลดลง
๓. ระยะเวลาตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการเริ่มรักษาลดลง
๔. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อระบบบริการมากขึ้น
๕. พยาบาลสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระงานที่ไม่จำเป็น
๖. ศูนย์รักษเต้านมมีระบบติดตามผลการดำเนินงานด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถใช้พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการแจ้งเตือนผ่านระบบ Patho Alert ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังผลพยาธิวิทยารับรอง $\geq ๙๕\%$
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่มาฟังผลขึ้นเนื่อนน้อยกว่า ๒ สัปดาห์ $\geq ๙๕\%$
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลังฟังผลพยาธิวิทยาภายใน ๔ สัปดาห์ $\geq ๙๕\%$
๔. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล $\geq ๙๐\%$

(ลงชื่อ) จิตรา เขียววงษ์
(นางสาวจิตรา เขียววงษ์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ๑๓ / สิงหาคม / ๒๕๖๓
ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในระยะวิกฤต :

กรณีศึกษา พ.ศ.2568

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 พฤศจิกายน 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2568

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholangitis)

ผู้เสนอผลงานได้ใช้ความรู้และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ศึกษาได้ทบทวน วรรณกรรมความรู้ ดังนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

3.1.1 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของท่อน้ำดี

3.1.2 พยาธิวิทยาการเกิดโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

3.1.3 สาเหตุการเกิดโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

3.1.4 ชนิดของโรคท่อน้ำดีอักเสบ

3.1.5 อาการและอาการแสดงของโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

3.1.6 การรักษาโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

3.1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันในระยะวิกฤต

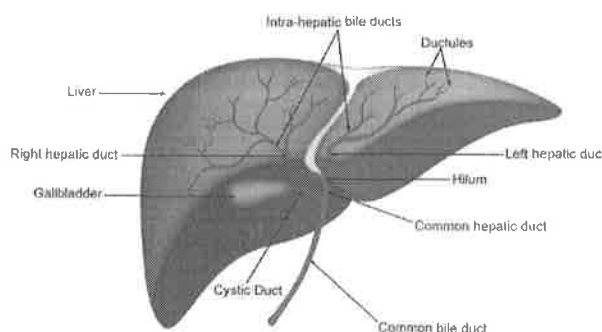
3.2 ความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาล

3.2.1 แนวคิดการใช้กระบวนการทางการพยาบาลที่ใช้ในกรณีศึกษา

3.2.2 แนวคิดการประเมินผู้ป่วยกรอบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยวิกฤติของ FANCAS

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholangitis)

3.1.1 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของท่อน้ำดี



ภาพที่1 กายวิภาคศาสตร์ของท่อน้ำดี

ที่มา <https://cca.in.th/wpth/cca-overview/>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ระบบท่อน้ำดี (Biliary System) เป็นโครงสร้างที่มีบทบาทสำคัญต่อการย่อยอาหารการขับของเสียจากร่างกาย ประกอบด้วยตับ ถุงน้ำดี และชุดท่อน้ำดีที่ทำหน้าที่ผลิต เก็บ และลำเลียงน้ำดีจากตับลงสู่ลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) เพื่อช่วยในการย่อยและดูดซึมไขมัน รวมถึงขับของเสียบางชนิดออกจากร่างกาย

3.1.1.1 กายวิภาคของท่อน้ำดี (Anatomy)

1) องค์ประกอบของระบบท่อน้ำดี (Biliary System Components)

ระบบท่อน้ำดีประกอบด้วย: ท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic bile ducts) เริ่มจากช่องเล็กมากที่เรียกว่า bile canaliculi ซึ่งอยู่ระหว่างเซลล์ตับรวมตัวเป็นช่องทางผ่านต่างๆ แล้วไหลเข้าสู่ Right และ Left hepatic ducts

ท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic bile ducts): Common hepatic duct (CHD) เก็บน้ำดีจากตับ Cystic duct เชื่อมต่อกับถุงน้ำดี Common bile duct (CBD) เป็นทางเดินหลักที่นำไปสู่ลำไส้เล็กส่วนต้น โดยผ่านต่อร่วมกับท่อน้ำย่อยจากตับอ่อนที่เรียกว่า Ampulla of Vater

ตำแหน่งและลักษณะของถุงน้ำดี (Gallbladder) เป็นถุงกล้ามเนื้อที่มีรูปร่างคล้ายลูกแพร์ อยู่ใต้ตับ ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก: Fundus, Body และ Neck ผนังมีเยื่อที่สามารรถดูดน้ำและไอออน ทำให้น้ำดีเข้มข้นประมาณ 5-10 เท่าเมื่อเก็บไว้ในถุงน้ำดี

ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง Cystic duct มีรอยพับแบบเกลียว (valves of Heister) เพื่อช่วยรักษาความโค้งของทางเดิน CBD และ pancreatic duct จะรวมตัวกันก่อนเข้าสู่ duodenum มีหูรูด Sphincter of Oddi อยู่ที่ปลายสุดของ CBD เพื่อควบคุมการปล่อยน้ำดีเข้าสู่ลำไส้

2) สรีรวิทยาของระบบท่อน้ำดี (Physiology)

2.1 การสร้างน้ำดี (Bile Production)

น้ำดีเป็นของเหลวที่มีลักษณะต่าง (pH ประมาณ 7.5-8.1) ผลิตโดยเซลล์ตับ (hepatocytes) ปริมาณเฉลี่ยประมาณ 500-1000 mL ต่อวัน น้ำดีประกอบด้วยหลัก ๆ คือ น้ำเกลือ อิเล็กโทรไลต์ พันธะน้ำดี (bile salts) โคเลสเตอรอล และบิลิรูบิน (bilirubin) ซึ่งทำหน้าที่ย่อยไขมันและขับของเสียจากร่างกาย

2.2 การเก็บและการเข้มข้นน้ำดี (Storage and Concentration)

ถุงน้ำดีนำเอาน้ำและเกลือออกจากน้ำดี ทำให้มีความเข้มข้นสูง เมื่อมีอาหารโดยเฉพาะไขมันเข้าสู่ลำไส้เล็ก ฮอร์โมน cholecystikinin (CCK) จะถูกปล่อยออกมา กระตุ้นให้ถุงน้ำดีหดตัวและปล่อยน้ำดีลงสู่ CBD พร้อมกันนั้น Sphincter of Oddi จะคลายตัว เพื่อให้ทางเดินของน้ำดีเปิดและไหลลงสู่ลำไส้เล็กส่วนต้นอย่างเหมาะสม

3) หน้าที่สำคัญของน้ำดี (Functions of Bile)

3.1 ช่วยย่อยและดูดซึมไขมัน: Bile salts ทำหน้าที่คล้ายสารลดแรงตึงผิว ช่วยให้ไขมันแตกตัวเป็นละอองเล็ก ๆ ซึ่งง่ายต่อการย่อยและดูดซึม

3.2 ขับของเสีย: Bilirubin และคอเลสเตอรอลถูกขับออกจากร่างกายผ่านน้ำดี

3.3 ดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน (A, D, E, K)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.4 ความสำคัญทางคลินิก (Clinical Relevance) ระบบท่อน้ำดีมีความสำคัญต่อสุขภาพและการทำงานของระบบย่อยอาหาร เมื่อมีความผิดปกติ เช่น นิ่วในถุงน้ำดี ท่อน้ำดีอุดตัน หรือติดเชื้ออักเสบ จะส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติ เช่น อาการตัวเหลือง ปวดชายโครง คลื่นไส้ หรือการติดเชื้อรุนแรงได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการย่อยและดูดซึมสารอาหารในร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อไป

3.1.2 พยาธิวิทยาการเกิดโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

เมื่อมีการอุดตันท่อน้ำดี ส่งผลให้น้ำดีไหลออกจากถุงน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ไม่ได้ เมื่อมีการอุดตันที่ท่อน้ำดีในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีจะโป่งตึง ผองบวม มีหลอดเลือดเล็กปรากฏให้เห็นชัดเจน ความดันในถุงน้ำดีสูงขึ้น เกิดการกดเบียดหลอดเลือดต่างๆ ที่หล่อเลี้ยงถุงน้ำดีจนขาดเลือด และเมื่อรวมกับการติดเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยคือ เชื้ออีโคไล (E.col) และเชื้อแบคทีเรียชนิดอื่นๆ (Bacteroides) จึงกลายเป็นการอักเสบติดเชื้อ ถ้าขาดเลือดมากขึ้น จะส่งผลให้เนื้อเยื่อถุงน้ำดีเน่าตาย หรือเกิดการแตกทะลุของถุงน้ำดี จนมีการติดเชื้อรุนแรงในช่องท้องได้ หากมีการอักเสบก็จะลุกลามเข้าไปในเยื่อช่องท้องของกระเพาะอาหารและตับ รวมถึงบริเวณของท่อน้ำดี ถุงน้ำดีที่บวมจะกดทับลงบนท่อน้ำดีจนทำให้ท่อน้ำดีบวมส่งผลให้น้ำดีไหลไม่สะดวกและขังอยู่ในถุงน้ำดีจนอาจเกิดท่อน้ำดีอักเสบ (secondary cholangitis) ร่วมด้วย ผู้ป่วยจึงมีภาวะดีซ่านได้ นอกจากนี้นิ่วในถุงน้ำดีอาจจะไปทำอันตรายต่อเยื่อถุงน้ำดีซึ่งจะเป็นผลทำให้มีเอนไซม์ไลโซโซม (lysosomal enzyme) ถูกปลดปล่อยออกมาจากเซลล์ที่ได้รับอันตรายก็จะมีผลทำให้มีการอักเสบของถุงน้ำดีเกิดขึ้น น้ำดีที่ขังอยู่ในถุงน้ำดีเป็นต้นเหตุของไลโซเลซิทีน (Lysolecithin) ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการอักเสบอย่างเฉียบพลันของถุงน้ำดี โดยไปทำลายเซลล์เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นในบริเวณรอบๆ ถุงน้ำดี เช่น เป็นหนอง (empyema) หรือเนื้อตาย (gangrene) ของถุงน้ำดี (อัญชลี พงศ์ชัยเดชา, 2562)

3.1.3 สาเหตุการเกิดโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

1) นิ่วในท่อน้ำดี (Choledocholithiasis) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด โดยนิ่วจากถุงน้ำดีเคลื่อนเข้าสู่ท่อน้ำดีและเกิดการอุดตัน ส่งผลให้น้ำดีไหลลงสู่ลำไส้ไม่ได้ตามปกติ เกิดการคั่งของน้ำดีและเอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย จนนำไปสู่การอักเสบและติดเชื้อของท่อน้ำดี

2) ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Biliary Stricture) อาจเกิดจากการบาดเจ็บหรือพังผืดภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี การผ่าตัดเชื่อมต่อทางเดินน้ำดี การอักเสบเรื้อรัง หรือการฉายรังสี พังผืดทำให้ช่องทางเดินน้ำดีแคบลง ส่งผลให้น้ำดีระบายได้ไม่สะดวก เกิดน้ำดีคั่งและเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3) การอุดตันจากเนื้องอกหรือมะเร็ง (malignant obstruction) เนื้องอกหรือมะเร็งอาจกดเบียดหรือลุกลามเข้าสู่ท่อน้ำดี เช่น มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับอ่อนส่วนศีรษะ มะเร็งที่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง ทำให้ทางเดินน้ำดีอุดตัน เกิดน้ำดีคั่ง และเพิ่มโอกาสเกิดท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

4) การติดเชื้อปรสิตในทางเดินน้ำดี (parasitic infestation) พบได้ในพื้นที่ที่มีโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคประจำถิ่น โดยเฉพาะเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก พยาธิทำให้เยื่อท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

5) ภาวะที่สัมพันธ์กับหัตถการทางเดินน้ำดี (iatrogenic or instrumentation-related causes) การตรวจหรือรักษาทางเดินน้ำดี เช่น ERCP การใส่ขดลวดค้ำยันหรือสายระบายน้ำดี และการผ่าตัดเชื่อมต่อทางเดินน้ำดีกับลำไส้ อาจทำให้เชื้อแบคทีเรียเข้าสู่ทางเดินน้ำดีหรือทำให้ระบายน้ำดีได้ไม่สมบูรณ์

6) สาเหตุอื่นๆ ที่พบได้น้อย (Other uncommon causes) ได้แก่ โรคที่ทำให้ท่อน้ำดีอักเสบและตีบแคบจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคท่อน้ำดีอักเสบชนิดแข็งที่สัมพันธ์กับ IgG4 รวมถึงการอุดกั้นจากลิ่มเลือด ตะกอนน้ำดี เศษเนื้อเยื่อ หรือวัสดุอื่นภายในท่อน้ำดี ซึ่งทำให้ท่อน้ำดีไหลผ่านได้ไม่สะดวก เกิดการคั่งและเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของทางเดินน้ำดี

3.1.4 ชนิดของท่อน้ำดีอักเสบ

1) ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute Cholangitis)

ลักษณะสำคัญคือ เป็นภาวะติดเชื้อแบคทีเรียเฉียบพลันในระบบท่อน้ำดี เกิดขึ้นทันทีทันใดภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงถึงไม่กี่วัน มักมีสาเหตุจากการอุดกั้นท่อน้ำดี เช่น นิ่ว, เนื้องอกกดท่อน, พังผืด หรือท่อระบายอุดตัน กลไกการเกิดโรค มีการอุดกั้น และการติดเชื้อพร้อมกัน ทำให้เกิดความดันในท่อน้ำดีสูงขึ้น มีเชื้อและสารพิษย้อนเข้าสู่กระแสเลือด เกิดไข้ หนาวสั่น และอาจช็อก ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางเดินน้ำดี

2) ท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง (Chronic Cholangitis)

ลักษณะสำคัญ คือ เป็นภาวะที่เกิดการอักเสบของท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานเป็นเดือนหรือหลายปี อาจเกิดจากการติดเชื้อซ้ำ ๆ หรือสาเหตุภูมิคุ้มกัน เช่น Primary sclerosing cholangitis (PSC) สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การอุดกั้นซ้ำเรื้อรังจากนิ่วหรือพังผืด, โรคภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง เช่น PSC, IgG4-related cholangitis, การติดเชื้อปรสิต เช่น พยาธิใบไม้ตับ (opisthorchiasis, clonorchiasis) ท่อน้ำดีอักเสบซ้ำหลังผ่าตัดที่มีการต่อท่อน้ำดีกับลำไส้ (bilioenteric anastomosis)

3.1.5 อาการและอาการแสดงของโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

อาการและอาการแสดงของท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน มีอาการสำคัญ ดังนี้
อาการคลาสสิกที่ช่วยบ่งชี้สาเหตุคือ Charcot's triad (ไข้/หนาวสั่น, ปวดชายโครงขวา, ตัวเหลือง) และหากมีภาวะรุนแรงอาจพบ Reynolds' pentad (เพิ่มความสับสน และความดันเลือดต่ำ) ซึ่งบ่งชี้ถึง cholangitis ที่นำไปสู่ภาวะ septicemia ทั้งหมดนี้สะท้อนถึงการติดเชื้อที่ขยายตัวจากท่อน้ำดีเข้าสู่กระแสเลือด

3.1.6 การรักษาโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

เนื่องจากสาเหตุหลักคือการอุดกั้น การรักษาจึงต้องเน้นการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมทันที และการระบาย/เปิดทางเดินน้ำดี (biliary drainage) เมื่อจำเป็น (เช่น ERCP, percutaneous transhepatic biliary drainage) ทั้งสองอย่างมักจำเป็นต้องใช้ร่วมกันโดยเฉพาะในกรณีความรุนแรงระดับกลางถึงรุนแรง ตามแนวทาง Tokyo Guidelines 2018 มีแนวทางการรักษา ดังนี้

1) การประเมินและช่วยชีวิต (Initial assessment and resuscitation) ประเมินอาการสัญญาณชีพ และภาวะรุนแรง เช่น ไข้ ปวดชายโครงขวา ตัวเหลือง ความดันโลหิตต่ำ และหัวใจเต้นเร็ว พร้อมดูแลตามหลัก ABC ให้ออกซิเจนและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามข้อบ่งชี้ เก็บเลือดตรวจ CBC, LFTs,

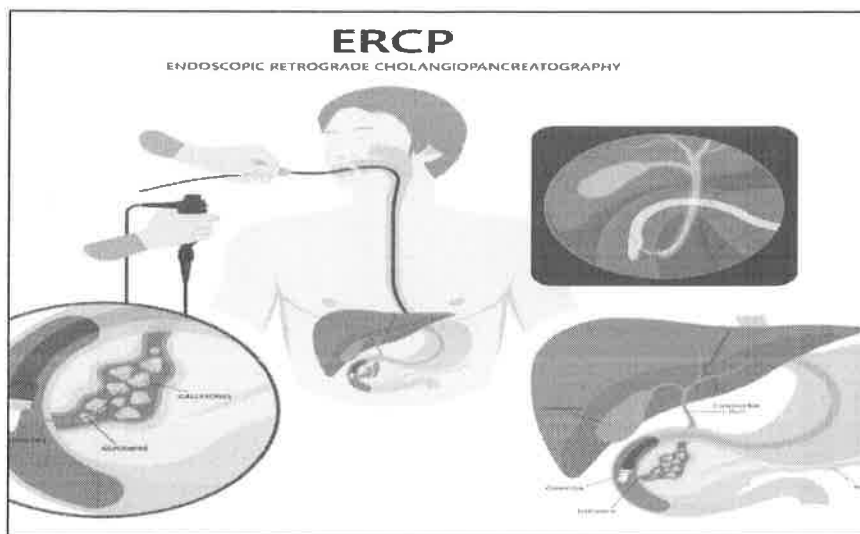
ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

creatinine, lactate และเพาะเชื้อในเลือด 2 ชุดก่อนให้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่ทำให้การรักษาล่าช้า รวมทั้งติดตามสัญญาณชีพและการทำงานของตับและไตอย่างใกล้ชิด

2) การให้ยาปฏิชีวนะ (IV Antibiotics) การให้ยาปฏิชีวนะต้องเริ่ม ทันที เพราะเป็นการติดเชื้อร่วมกับการอุดตันของท่อน้ำดี โดยเลือกยาที่ครอบคลุมเชื้อแกรมลบและเชื้อแอนแอโรบิก

3) การระบายท่อน้ำดี (Biliary drainage) ถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่สุด เพราะ cholangitis เกิดจากการอุดตัน ต้องเปิดทางให้น้ำดีระบาย วิธีระบายท่อน้ำดีที่ใช้บ่อย ได้แก่

3.1 การส่องกล้อง ERCP



ภาพที่ 2 การส่องกล้องตรวจและรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)

ที่มา: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health

หัตถการส่องกล้องระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio - Pancreatography: ERCP) เป็นหัตถการที่แพทย์ใช้กล้องส่องลำไส้เล็กส่วนต้น(duodenoscope) ทำการตรวจวินิจฉัยดูกายวิภาคของท่อน้ำดีและตับอ่อนเริ่มในปี.ศ.1968 เริ่มใช้fiberscope ส่องเข้าไปในลำไส้เล็กส่วนต้นและสอดสายเข้าไปในampulla of varta และในปี ค.ศ.1970 ได้รายงานการทำ ERCP อย่างเต็มรูปแบบที่สามารถแสดงภาพได้ทั้งท่อน้ำดีและท่อน้ำตับอ่อนและมีการพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์และเทคนิคการหัตถการอย่างมากทำให้สามารถตรวจวินิจฉัยโรคทางเดินน้ำดีและตับอ่อนได้อย่างแม่นยำปลอดภัยและยังมีการพัฒนานำเอาอุปกรณ์ช่วยอีกหลายชนิดช่วยทำการผ่าตัดรักษาโดยการผ่านทางกล้องนี้เช่นการตัดเปิดปากท่อน้ำดีการคล้องนำออกจากท่อน้ำดีและตับอ่อนการสลายนิ่วการขบนิ่วการใส่ท่อระบายน้ำดีหรือตับอ่อนในกรณีที่มีการอุดตันจากการตีบแคบหรือจากมะเร็ง

3.2 PTBD (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage)

Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD) คือ การระบายน้ำดีออกจากตับ โดยการใส่สายระบายผ่านรูเจาะทางผิวหนังไปยังท่อน้ำดีในตับ เป็นการระบายน้ำดีที่คั่งออก จากตับและ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

คาสายระบายไว้ในผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีอุดตัน โดยใช้สายระบายเล็กๆที่ทำจากวัสดุพิเศษทางการแพทย์ ซึ่งไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย วิธีการใส่สายระบายน้ำดีต้องอาศัยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงและเครื่องเอกซเรย์ ทำในผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตัน และไม่สามารถทำการรักษาผ่านทาง endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) ได้สำเร็จ และเป็นการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งระดับทุกชนิด (เช่น Hepatocellular CA: HCC, Cholangio CA: CCA, CA Ampulla of Vater, CA Gallbladder, CA Head of Pancreas) ที่มีอาการดีขึ้นจากการอุดตันของท่อน้ำดี เพื่อลดภาวะดีซ่าน ลดการติดเชื้อทางเดินน้ำดี และอาการทั่วไปดีขึ้นก่อนการผ่าตัด ทั้งเป็นการรักษากรณีที่ไม่สามารถจะรักษาโดยการผ่าตัดได้(Palliative PTBD) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี(Cholangio CA) ต้องใส่สาย PTBD ช่วยระบายทางเดินน้ำดี ไปตลอดชีวิต

3.3 การระบายน้ำดีด้วยการผ่าตัด (Surgical Biliary Drainage)

การระบายน้ำดีด้วยการผ่าตัดพิจารณาในกรณีที่ไม่สามารถระบายน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้องหรือผ่านผิวหนัง หรือวิธีดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จ โดยเลือกวิธีผ่าตัดตามสาเหตุ ตำแหน่งของการอุดตัน และสภาวะของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในระยะวิกฤตมีความเสี่ยงจากการผ่าตัดสูง จึงใช้วิธีนี้เฉพาะกรณีจำเป็นและต้องได้รับการประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดีเป็นสาเหตุ อาจพิจารณาผ่าตัดถุงน้ำดีภายหลังควบคุมการติดเชื้อ แก้ไขการอุดตัน และผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ทั้งนี้การผ่าตัดถุงน้ำดีไม่ใช่วิธีระบายน้ำดีหลักในระยะฉุกเฉินของโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

3.1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกในระยะวิกฤต

1. การพยาบาลระยะวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในห่อผู้ป่วยวิกฤต ผู้ศึกษาได้นำแนวทาง Tokyo Guidelines 2018 ซึ่งครอบคลุมการประเมินความรุนแรง การให้ยาต้านจุลชีพ และการระบายทางเดินน้ำดี มาบูรณาการกับแนวทาง Surviving Sepsis Campaign 2021 ซึ่งมุ่งเน้นการช่วยชีวิต การแก้ไขความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และการพยุงการทำงานของอวัยวะสำคัญ เพื่อจัดการพยาบาลให้สอดคล้องกับระยะของการเจ็บป่วยและการรักษา (Miura et al., 2018; Evans et al., 2021) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและได้รับการทำหัตถการส่องกล้องตรวจและรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) มีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และการทำงานของอวัยวะสำคัญอย่างรวดเร็ว รวมทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำหัตถการ จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน เฝ้าระวัง และให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดในห่อผู้ป่วยวิกฤต โดยมีแนวทางการพยาบาลดังนี้

- 1.1 การประเมินและเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันอาจทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ส่งผลให้ความดันโลหิตของหลอดเลือดลดลง ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว และเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ พยาบาลจึงต้องประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตอย่างต่อเนื่อง (Evans et al., 2021) ได้แก่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

1.1.1 ประเมินสัญญาณชีพในสภาวะวิกฤตอย่างเหมาะสมเนื่องจาก ผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ พยาบาลจึงต้องประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ปริมาณปัสสาวะ เป็นต้น

1.1.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิและสีผิว capillary refill และชีพจรส่วนปลาย บันทึกปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมงและประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำ

1.1.3 ติดตาม serum lactate, arterial blood gas, renal function, serum electrolytes และผลการตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.1.4 พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยากระตุ้นความดันโลหิต ได้แก่ norepinephrine และ adrenaline ตามแผนการรักษา ตรวจสอบชื่อยา ความเข้มข้น ขนาดยา อัตราการให้และความถูกต้องของเครื่องควบคุมการให้สารละลายอย่างเคร่งครัด เนื่องจากเป็นยาความเสี่ยงสูง รวมทั้งตรวจสอบตำแหน่งและความพร้อมใช้ของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปลายมือปลายเท้าขาดเลือด และการรั่วซึมของยา ประเมินการตอบสนองต่อการให้สารน้ำและยากระตุ้นความดันโลหิตตลอดจนประเมินผลภายหลังปรับขนาดยาทุกครั้ง โดย norepinephrine เป็นยากระตุ้นความดันโลหิตลำดับแรกที่เหมาะสมในผู้ป่วย septic shock (Evans et al., 2021)

1.1.5 เฝ้าระวังการทำงานผิดปกติของอวัยวะสำคัญและภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ

1.1.6 รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบแนวโน้มความดันโลหิตลดลง ปัสสาวะออกน้อย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ค่า lactate เพิ่มขึ้น หรือมีอาการแสดงของเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

1.2 การดูแลระบบทางเดินหายใจและผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรงอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะหายใจล้มเหลว และความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซจากการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย พยาบาลต้องประเมินการทำงานของระบบหายใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Evans et al., 2021; Klompas et al., 2022) โดยดำเนินการดังนี้

1) ประเมินอัตรา ลักษณะ และแรงในการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก เสียงปอด และค่า SpO₂ ปลายนิ้ว

2) ติดตามและแปลผล arterial blood gas ร่วมกับอาการทางคลินิก

3) ตรวจสอบการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจและสัญญาณเตือนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการหายใจของผู้ป่วยกับเครื่องช่วยหายใจ และเฝ้าระวังภาวะผู้ป่วยต้านเครื่อง

4) ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ พร้อมประเมินลักษณะ สี และปริมาณเสมหะ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

5) ดูแลแรงดัน cuff ให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมตามแนวทางของหน่วยงาน จัดทำอนศิระสูงประมาณ 30–45 องศา หากไม่มีข้อห้าม ดูแลความสะอาดช่องปากและปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน ventilator-associated pneumonia

6) ประเมินระดับ sedation ความปวด ภาวะ delirium และความสุขสบายของผู้ป่วย

7) ประเมินความพร้อมในการลดการช่วยหายใจและหย่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกับทีมรักษาทุกวัน

8) ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจและการตั้งค่าเครื่อง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และดำเนินการตามแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเครื่องช่วยหายใจ (Klompas et al., 2022)

1.3 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำ ERCP

ภายหลังทำ ERCP ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะตับอ่อนอักเสบ เลือดออก การทะลุของทางเดินอาหาร การติดเชื้อซ้ำ และภาวะท่อน้ำดีอุดตัน พยาบาลต้องประเมินสัญญาณชีพ อาการปวดท้อง ตำแหน่งและลักษณะของอาการปวด ท้องอืด หน้าท้องแข็ง กดเจ็บ ไช้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลืองตาเหลือง และระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งติดตามผล CBC, serum amylase/lipase, liver function tests, bilirubin และผลตรวจอื่นตามแผนการรักษา (Buxbaum et al., 2023) พยาบาลต้องรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการปวดท้องรุนแรงหรือเพิ่มขึ้น ไช้สูง ความดันโลหิตลดลง ชีพจรเร็ว อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หน้าท้องแข็ง ค่า hemoglobin/hematocrit ลดลง หรือค่า amylase/lipase เพิ่มขึ้นร่วมกับอาการทางคลินิก ตลอดจนดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร ให้สารน้ำ ยาต้านจุลชีพ และยาอื่นตามแผนการรักษา ภาวะตับอ่อนอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของ ERCP จึงควรระบุงการประเมินทั้งอาการและผลตรวจ ไม่ใช่ค่า amylase/lipase เพียงอย่างเดียว (Buxbaum et al., 2023)

1.4 การเฝ้าระวังระบบหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วย septic shock มีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดลดลงจากการติดเชื้อรุนแรง ความดันโลหิตต่ำ ภาวะพร่องออกซิเจน ความเป็นกรดในเลือด และความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ พยาบาลจึงต้องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ประเมินอัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อาการเจ็บหน้าอก ปลายมือปลายเท้าเย็น capillary refill ปริมาณปัสสาวะ และอาการแสดงของภาวะเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ (Evans et al., 2021)

เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ประเมินอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ติดตามระดับโพแทสเซียมและแมกนีเซียม รวมทั้งประสานทีมแพทย์เมื่อพบการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันภาวะระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว

1.5 การเฝ้าระวังการทำงานของไต สมดุลสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อ acute kidney injury พยาบาลต้องบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกอย่างถูกต้อง วัดปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง ประเมินสีและลักษณะปัสสาวะ ภาวะบวม เสี่ยงปอด น้ำหนักตัว และอาการแสดงของภาวะสารน้ำเกินหรือพร่อง รวมทั้ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ติดตามค่า serum creatinine, BUN, estimated glomerular filtration rate และอิเล็กโทรไลต์ (Kidney Disease: Improving Global Outcomes [KDIGO], 2012)

การให้สารน้ำต้องประเมินการตอบสนองและความทนต่อสารน้ำอย่างต่อเนื่อง ไม่พิจารณาจากความดันโลหิตเพียงค่าเดียว โดยประเมินร่วมกับ MAP, capillary refill, ปริมาณปัสสาวะ, serum lactate, เสียงปอด และภาวะบวม เพื่อหลีกเลี่ยงทั้งภาวะสารน้ำไม่เพียงพอและสารน้ำเกิน (Evans et al., 2021; KDIGO, 2012)

1.6 การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกและความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด

ผู้ป่วยติดเชื้อมีแรงอาจเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำและความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ประกอบกับ ERCP อาจทำให้เกิดเลือดออกภายหลังทำ sphincterotomy พยาบาลจึงต้องประเมินเลือดออกจากช่องปาก สายให้อาหาร กระเพาะอาหาร อุจจาระ ปัสสาวะ ตำแหน่งแทงเข็ม สายสวนหลอดเลือด และผิวหนัง รวมทั้งประเมินจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง รอยขีด เลือดออกตามไรฟัน และระดับความรู้สึกตัว (Buxbaum et al., 2023; Evans et al., 2021) ติดตามค่า platelet count, hemoglobin, hematocrit, PT, INR, aPTT และ fibrinogen ตามแผนการรักษา หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อและหัตถการที่ไม่จำเป็น กดตำแหน่งเจาะเลือดให้นานเพียงพอ และเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้ส่วนประกอบของเลือด ดูแลให้ได้รับยาและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือดอย่างใกล้ชิด ภายหลังให้การดูแลไม่พบเลือดออกเพิ่มและระบบไหลเวียนโลหิตคงที่

1.7 การควบคุมการติดเชื้อและการบริหารยาต้านจุลชีพ

พยาบาลต้องประเมินอุณหภูมิ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะ ลักษณะสารคัดหลั่ง และผลตรวจที่สะท้อนการติดเชื้อ รวมทั้งติดตามผลเพาะเชื้อและความไวต่อยาต้านจุลชีพ ดูแลเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างถูกต้องก่อนให้ยาต้านจุลชีพหากไม่ทำให้การรักษาล่าช้า และบริหารยาให้ครบถ้วน ตรงเวลา และถูกต้องตามหลักการให้ยา (Evans et al., 2021; Miura et al., 2018) ควรประเมินประวัติแพ้ยา ตรวจสอบขนาดยาให้เหมาะสมกับการทำงานของไตและตับ และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา นอกจากนี้ต้องปฏิบัติตามหลัก aseptic technique ในการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สายสวนปัสสาวะ ท่อช่วยหายใจ และอุปกรณ์รูกำลังอื่น พร้อมประเมินความจำเป็นของอุปกรณ์ทุกวันและนำออกเมื่อหมดข้อบ่งชี้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.8 การประเมินและจัดการความปวด ระดับการระงับประสาท และภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจอาจไม่สามารถสื่อสารความปวดได้ พยาบาลจึงควรใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เช่น Critical-Care Pain Observation Tool: CPOT ประเมินก่อนและหลังให้การพยาบาลหรือยาระงับปวด ติดตามผลของยา และเฝ้าระวังภาวะกดการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน และการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง (Lewis et al., 2025) ประเมินระดับการระงับประสาทด้วย Richmond

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

Agitation-Sedation Scale: RASS หรือเครื่องมือที่หน่วยงานกำหนด โดยตั้งเป้าหมายระดับ sedation ร่วมกับทีมรักษา หลีกเลี่ยงการระงับประสาทลึกเกินความจำเป็น และประเมินภาวะ delirium ด้วยเครื่องมือมาตรฐานเมื่อผู้ป่วยสามารถประเมินได้ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดเสียงและแสงในเวลากลางคืน ส่งเสริมการนอนหลับ บอกวัน เวลา สถานที่ และสถานการณ์แก่ผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วม รวมทั้งส่งเสริมการใช้แว่นตาหรือเครื่องช่วยฟังเดิมของผู้ป่วยเมื่อเหมาะสม (Lewis et al., 2025)

1.9 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนรักษาใน ICU

ผู้ป่วยวิกฤตที่เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยมีความเสี่ยงต่อแผลกดทับ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปอดแฟบ ข้อติด และลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ พยาบาลจึงต้องประเมินความเสี่ยงต่อแผลกดทับและ VTE ตั้งแต่แรกรับ ตรวจสอบสภาพผิวหนัง พลิกตะแคงตามความเหมาะสม ใช้อุปกรณ์ลดแรงกด ดูแลผิวหนังให้สะอาดและแห้ง และส่งเสริมโภชนาการที่เพียงพอ

ควรส่งเสริมการเคลื่อนไหวและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมกับความคงที่ของระบบไหลเวียนและการหายใจ เริ่มจาก passive range of motion การจัดท่านั่งบนเตียง การนั่งห้อยขา และเพิ่มระดับกิจกรรมเป็นลำดับ รวมทั้งดูแลให้ได้รับมาตรการป้องกัน VTE ตามข้อบ่งชี้ โดยพิจารณาความเสี่ยงเลือดออกร่วมด้วย (Evans et al., 2021; Lewis et al., 2025)

2. การพยาบาลระยะฟื้นฟู

2.1 การดูแลระบบทางเดินอาหารและภาวะโภชนาการ

ประเมินอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน การเคลื่อนไหวของลำไส้ ลักษณะสิ่งคัดหลั่งจากสายให้อาหาร และภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ดูแลการรดน้ำและอาหารตามข้อบ่งชี้ภายหลัง ERCP และประเมินความพร้อมในการเริ่มให้อาหารร่วมกับทีมรักษา เมื่อระบบไหลเวียนโลหิตคงที่และไม่มีข้อห้าม ควรส่งเสริมการได้รับโภชนาการที่เหมาะสม โดยติดตามความสามารถในการรับอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด อิเล็กโทรไลต์ และอาการแสดงของ feeding intolerance ป้องกันการสำลักด้วยการจัดท่านอนศีรษะสูง ตรวจสอบตำแหน่งสายให้อาหาร และติดตามความทนต่ออาหารอย่างต่อเนื่อง (Evans et al., 2021; Klompas et al., 2022)

2.2 การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว

การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นตัวโดยพยาบาล ควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรม ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ความสามารถในการเคลื่อนไหว และข้อจำกัดจากการผ่าตัด จากนั้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวอย่างเป็นลำดับตามความสามารถ เช่น การเปลี่ยนท่า พลิกตะแคง การนั่งบนเตียง การห้อยขา ลุกยืน และเดิน โดยเพิ่มระดับกิจกรรมอย่างเหมาะสมและปลอดภัย การส่งเสริมการเคลื่อนไหวเร็วช่วยลดผลกระทบจากการนอนพักเป็นเวลานาน ส่งเสริมการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

3. การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

3.1 การเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจาก ICU พยาบาลควรประเมินความคงที่ของระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการไอและขับเสมหะ ความปวด การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และความสามารถในการทำกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบความจำเป็นของสายสวนและ อุปกรณ์ต่างๆที่ไม่จำเป็นต้องใส่ต่อเนื่องที่ตักสามัญและ ทบทวนคำสั่งแพทย์ ก่อนย้ายออกจาก ICU พร้อม ส่งต่อข้อมูลที่สำคัญกับหอผู้ป่วยที่ย้ายไปให้การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การวินิจฉัย ผลของ ERCP ชนิดของ stent ภาวะแทรกซ้อน เชื่อที่ตรวจพบ ยาต้านจุลชีพที่ได้รับ ผลตรวจที่ต้องติดตาม และแผนการรักษาต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วนช่วยลดความคลาดเคลื่อนระหว่างการเปลี่ยนระดับการดูแล (Evans et al., 2021)

3.2 การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว และการปฏิบัติตัว ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและการรักษาใน ICU ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลและไม่แน่ใจเกี่ยวกับผลการรักษา พยาบาลควรประเมิน ความต้องการข้อมูลและสภาพจิตใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษา อุปกรณ์ที่ใช้ และความก้าวหน้าของ ผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย โดยอยู่ภายในขอบเขตวิชาชีพและสอดคล้องกับข้อมูลของทีมรักษา ควรเปิดโอกาส ให้ครอบครัวซักถามและมีส่วนร่วมในการดูแลตามความเหมาะสม ประสานการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขา วิชาชีพ และเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจาก ICU รวมถึงให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา อาหาร การ สังเกตไข้ ตัวเหลืองตาเหลือง ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ตลอดจนเน้นการ มาตรวจตามนัด (Evans et al., 2021; Lewis et al., 2025)

3.2 ความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาล

3.2.1 แนวคิดการใช้กระบวนการทางการพยาบาลที่ใช้ในกรณีศึกษา

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ จะต้องสามารถค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงต้องมีกรอบแนวคิด ทางการพยาบาลที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทาง คลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นวิธีการ ปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน ภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) โดยมุ่งเน้นการ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งส่งเสริมการทำงานร่วมกัน ของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ในกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับภาวะ Septic Shock และภาวะหายใจ ล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจและรักษาระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ การติดตามค่าความดันโลหิตแบบต่อเนื่อง การประเมินการทำงานของระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะ รวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Complete Blood Count (CBC), Liver Function Test (LFT), Serum Lactate, Arterial Blood Gas (ABG), Blood Culture และผลการตรวจวินิจฉัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหา

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินเพื่อกำหนดปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญตามลำดับความรุนแรง ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจาก Septic Shock การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง ERCP และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ

การวางแผนการพยาบาล (Planning) กำหนดเป้าหมายการพยาบาลทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยมุ่งให้ผู้ป่วยมีความคงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต มีค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ไม่น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ มีการระบายทางเดินน้ำดีอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา และสามารถฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัย

การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามแผน ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะ Septic Shock การดูแลระบบหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การให้สารน้ำ ยาปฏิชีวนะ และยากระตุ้นความดันโลหิตตามแผนการรักษา การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลัง ERCP ตลอดจนการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง

การประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตอบสนองต่อการรักษา และการฟื้นตัวของการทำงานของอวัยวะสำคัญ เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

3.2.2 แนวคิดการประเมินผู้ป่วยรอบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยวิกฤติของ FANCAS

การศึกษารณีผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute Cholangitis) ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) ภายหลังได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจและรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography: ERCP) ผู้ศึกษานำกรอบแนวคิด FANCAS มาใช้เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความต้องการการพยาบาล ดังนี้

1. ด้านความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Fluid balance)

ผู้ป่วยมีภาวะ Septic Shock ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดและการรั่วของสารน้ำออกจากหลอดเลือด ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนลดลง มีความเสี่ยงต่อการพร่องเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะไต ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมกับยากระตุ้นความดันโลหิต (Norepinephrine)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

จึงจำเป็นต้องติดตามสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ปริมาณปัสสาวะอย่างน้อย 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ตลอดจนติดตามผลตรวจ BUN, Creatinine, Lactate และอิเล็กโทรไลต์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

2. ด้านการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Aeration)

ภาวะติดเชื้อรุนแรงส่งผลให้ความต้องการออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้น และอาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวหรือ Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) ได้ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการประเมินอัตราการหายใจ ค่า Oxygen Saturation ผลการตรวจ Arterial Blood Gas (ABG) และการทำงานของระบบหายใจอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ควรติดตามค่าการตั้งเครื่องช่วยหายใจและค่า P/F ratio เพื่อประเมินประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ

3. ด้านภาวะโภชนาการ (Nutrition)

ผู้ป่วยหลังทำ ERCP มักมีการงดอาหารในระยะแรกเพื่อลดการกระตุ้นตับอ่อน และเมื่อเริ่มรับประทานอาหารต้องเฝ้าระวังอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หรือภาวะตับอ่อนอักเสบหลังการทำหัตถการ รวมทั้งประเมินภาวะโภชนาการจากน้ำหนักตัว ระดับอัลบูมิน และความสามารถในการรับประทานอาหาร เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายและการหายของเนื้อเยื่อ

4. ด้านการสื่อสาร (Communication)

ผู้ป่วยในระยะวิกฤตอาจมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงจากภาวะติดเชื้อ การได้รับยาระงับประสาท หรือการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งผลให้การสื่อสารมีข้อจำกัด พยาบาลจึงควรประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) ส่งเสริมการสื่อสารด้วยวิธีที่เหมาะสม และให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แผนการรักษา และการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

5. ด้านการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว (Activity)

ผู้ป่วยวิกฤตมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากความรุนแรงของโรคและการรักษา ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ จึงควรประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และส่งเสริมการพลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง รวมทั้งการทำ Passive Range of Motion ตามความเหมาะสม

6. ด้านการรับรู้ การกระตุ้น และความสุขสบาย (Stimulation)

ผู้ป่วยหลังทำ ERCP อาจมีอาการปวดจากหัตถการ ประกอบกับภาวะติดเชื้อรุนแรงและการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อาจส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ICU Delirium) ดังนั้น พยาบาลควรประเมินความปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม เช่น CPOT ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ประเมินระดับ Sedation และ Delirium รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการพักผ่อน

จากการประเมินตามกรอบแนวคิด FANCAS พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาสำคัญด้านการไหลเวียนโลหิต การแลกเปลี่ยนก๊าซ ภาวะโภชนาการ การรับรู้ การสื่อสาร และการเคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาของโรค Acute Cholangitis ร่วมกับ Septic Shock และผลกระทบจากการรักษาด้วย ERCP

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างครอบคลุม นำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute Cholangitis) ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) เป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการดำเนินโรครวดเร็วและมีความผิดปกติของหลายระบบในร่างกาย หากไม่ได้รับการประเมิน วินิจฉัย และรักษาอย่างทันเวลาที่ อาจนำไปสู่การล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome: MODS) และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจและรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography: ERCP) เพื่อระบายการอุดตันของทางเดินน้ำดีแล้ว แต่ยังคงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ การไหลเวียนโลหิตไม่เพียงพอ ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เป็นระบบ มีขั้นตอนที่ชัดเจน และเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) โดยรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลจากการรักษา 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เพื่อระบุปัญหาและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) โดยกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและสภาพของผู้ป่วย 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) โดยให้การพยาบาลตามแผนอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และสอดคล้องกับแนวทางการรักษา และ 5) การประเมินผล (Evaluation) เพื่อติดตามผลลัพธ์ของการพยาบาล และปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากพยาธิสรีรวิทยาของโรคและข้อมูลทางคลินิกได้อย่างเป็นระบบ นำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้อง การวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ การรักษาการไหลเวียนโลหิต การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ ERCP และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ตลอดจนสามารถประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

4.2 วัตถุประสงค์

4.2.1 เพื่อศึกษาการดำเนินโรค การรักษา และปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในระยะวิกฤต

4.2.2 เพื่อประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลและกรอบแนวคิด FANCAS ในการประเมิน วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2.3 เพื่อสรุปแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภายหลังทำ ERCP

4.3 เป้าหมายของงาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงรายกรณี ในผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในระยะวิกฤต 1 ราย ที่รับไว้ในการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังระดับความรู้สึก โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2568 ถึง เดือน ธันวาคม 2568

4.4 สรุปสาระสำคัญ

4.4.1 กรณีศึกษา

วันที่เข้ารับการรักษา 1 พฤศจิกายน 2568 เวลา 06.53น.

ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน อายุ 70 ปี ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน สถานภาพ คู่ มาโรงพยาบาลด้วยไข้ปวดท้องด้านล่างขวา 2 วันก่อนมา รพ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวดท้องได้ชายโครงขวา ไข้ต่ำ ๆ ไม่อาเจียน ปัสสาวะสีเข้ม ไป รพ.มัญจาคีรี รักษาด้วยยาฆ่าเชื้อ อาการไม่ดีขึ้น ทำการตรวจทางทางแพทย์ที่ใช้คลื่นความถี่สูง พบ dilated CBD ขอส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น

โรคประจำตัว : ปฏิเสธ

การผ่าตัด : ผ่าตัดไส้ติ่ง (Appendectomy) ปี 2568

การใช้ยาเสพติด : ปฏิเสธ

การแพ้ยา : ปฏิเสธการแพ้ยา น้ำหนัก 80 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 เวลา 06.53น. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมาด้วยอาการผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดี แพทย์ประเมินว่าเกี่ยวข้องกับภาวะทางเดินน้ำดีอุดตันและการติดเชื้อของระบบทางเดินน้ำดี โดยมีแผนการรักษา ดังนี้ เตรียมผู้ป่วยสำหรับการทำหัตถการ ERCP และให้มีการติดตามการทางช่องท้องอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารทางปาก เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการ ERCP ต่อมาผู้ป่วย มีไข้ ชีพจรเร็ว มีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ hemoglobin 15.2 g/dL, hematocrit 37.5% และ lactate 7.7 mmol/L และมีภาวะหายใจล้มเหลวจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จึงจำเป็นต้องได้รับยาต้านจุลชีพและ ผู้ป่วยยังมีการปวดท้อง จึงได้รับ pethidine 25 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา แพทย์จึงให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารต่อเนื่อง และให้สารน้ำ Acetar 300 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำภายใน 15 นาที พร้อมติดตามการตอบสนองต่อสารน้ำ ระบบไหลเวียนโลหิต และอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการทำ ERCP

ห้องผ่าตัด (Operation room) วันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 เวลา 16.55 น. ได้รับการทำหัตถการ ERCP ผู้ป่วยสูญเสียเลือด minimal ได้สารน้ำเป็น Acetar 3500 มิลลิลิตร urine 100 มิลลิลิตร หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ขอย้ายดูแลใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระดับความรู้สึก (AICU)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก (AICU) ได้รับการประเมินความรู้สึกตัว ประเมินปริมาณสารน้ำ เข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง และวัดสัญญาณชีพตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีปัญหาที่สำคัญ ได้แก่

ปัญหาที่ 1 ปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดออกต่อนาทีลดลง (Decreased Cardiac Output) สัมพันธ์กับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ปัญหาที่ 2 การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง (Impaired Gas Exchange) สัมพันธ์กับการทำงานของระบบหายใจลดลงหลังผ่าตัด การได้รับยาลดการหายใจ และภาวะติดเชื้อรุนแรง

ปัญหาที่ 3 เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (Ineffective Tissue Perfusion: Systemic) สัมพันธ์กับการติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดีและการตอบสนองต่อการอักเสบของร่างกาย

ปัญหาที่ 4 ปวดเฉียบพลัน (Acute Pain) สัมพันธ์กับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดและการทำหัตถการ ERCP

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล (Risk for Electrolyte Imbalance) เนื่องจากการอดอาหารของทางเดินน้ำดี การอักเสบ การงดอาหาร และการสูญเสียสารน้ำ

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ ERCP ได้แก่ ดับอ่อนอักเสบ เลือดออก และการติดเชื้อ เนื่องจากการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่ แผลกดทับ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และปอดแฟบ เนื่องจากการนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล (Anxiety) สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต ความไม่แน่นอนของโรค และการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

4.5 สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 70 ปี รูปร่างสมส่วน สองเดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวดท้องใต้ชายโครงขวา ปัสสาวะสีเข้ม ไม่มีอาเจียน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมัญจาคีรีและได้รับยาต้านจุลชีพ อาการไม่ดีขึ้น ผลตรวจอัลตราซาวด์พบการขยายตัวของท่อน้ำดีร่วม (dilated common bile duct: CBD) จึงได้รับการส่งต่อมายังโรงพยาบาลขอนแก่น ก่อนมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยมีไข้และปวดท้อง โดยมีอาการปวดท้องใต้ชายโครงขวารุนแรงขึ้นประมาณ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ประเมินว่าสงสัยภาวะทางเดินน้ำดีอุดตันร่วมกับการติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดี จึงรับไว้ตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาต่อเนื่องแพทย์มีคำสั่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น Acetar 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง พิจารณาเตรียมเข้าห้องผ่าตัด โดยให้เฝาระวังและประเมินอาการผิดปกติในช่องท้อง มีให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ให้ยาฆ่าเชื้อ เป็น tazocin 4.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ต่อมาหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด 7.5 ลีก 21 PCV Pi 16 RR 16 PEEP 5 Fio2 0.4 จองเลือด PRC 1 ยูนิต และ plt 10 ยูนิต ผลการตรวจทางห้องตรวจปฏิบัติการ Lab K 3.32 mmol/dl

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ให้ kcl 20 mEq + nss 200 ml อัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 11.20น. ผู้ป่วยได้รับการประเมินและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะทั่วไปและความพร้อมในการรักษา พบค่า hemoglobin 15.2 g/dL Hematocrit 37.5% lactate 7.7 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ด้านการรักษาแพทย์มีคำสั่งให้ pethidine 25 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อบรรเทาอาการปวด เวลา 13.25 น. ผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณชีพ พบว่า อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส มีชีพจรเร็ว 132 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 111/65 มิลลิเมตรปรอท สอดคล้องกับภาวะมีไข้ร่วมกับชีพจรเต้นเร็ว จากผล lactate 7.7 mmol/L แพทย์มีคำสั่งให้ดื่มน้ำและอาหารต่อ และให้สารน้ำ Acetar ทางหลอดเลือดดำ 300 มิลลิลิตรในเวลา 15 นาที เพื่อแก้ไขภาวะพร่องสารน้ำ และเพิ่มการไหลเวียนเลือด

หอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก วันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีปัญหา หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิต 95/68 มิลลิเมตรปรอท MAP 60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ gelofusin อัตราการไหล 300 มิลลิลิตร ภายใน 15 นาที และให้ยากระตุ้นความดันโลหิตเป็น levophed(4:250) อัตราการไหล 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ pH 7.2 HCO₃ 15 ให้ 7.5%NaHCO₃ 2 amp อัตราการไหล 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ต่อมา เวลา 22.00 น. ระดับความดันโลหิตต่ำลง 80/40 มิลลิเมตรปรอท MAP 73 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา levophed (4:250) อัตราการไหล 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง แพทย์พิจารณา แทง c-line เปลี่ยน conc เป็น levophed (4:100) อัตราการไหล 20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง hydrocortisone 200 มิลลิกรัม อัตราการไหล 4 มิลลิลิตร/ชั่วโมง adrenaline (4:100) อัตราการไหล 5 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

วันที่ 2 พฤศจิกายน 2568 เวลา 06.47น.ผู้ป่วยมี NG เป็น coffee ground แพทย์ให้ สวนล้างกระเพาะอาหารด้วย Normal saline 500 มิลลิลิตร ให้ pantoprazole 80 มิลลิกรัม อัตราการไหล 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ต่อมา เวลา 8.10น.ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงจนเกิดภาวะช็อก มีผลติดเชื้อจากทางเดินปัสสาวะ และพบเชื้อแบคทีเรียแกรมลบในเลือด และเชื้ออีโคไลจากแผล ค่าความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งการรักษา ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต levophed (4:100) อัตราการไหล 36 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Adrenaline (4:100) อัตราการไหล 38 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ติดตามค่า lactate ทุก 6 ชั่วโมง ค่า lactate เวลา 12.00น. เท่ากับ 4.92 อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ให้ยาฆ่าเชื้อ meropenem 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง fosfomycin 4 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เวลา 18.15น. ความดันโลหิต 122/70 มิลลิเมตรปรอท ปิตยา Adrenaline ได้ ต่อมา มีหัวใจเต้นผิดปกติ EKG มี invert - T ทำ echo bed side EF 50% ส่งตรวจค่า Trop-T ได้ 122 ส่งปรึกษาแพทย์ cardio MED คิดถึง secondary MI จาก sepsis ให้ ASA (81) 1เม็ด ทานก่อนนอน และให้เฝ้าระวังค่าความเข้มข้นเลือดต่ำกว่า 30% ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าโพแทสเซียมต่ำ 2.79 mmol/dL แพทย์มีคำสั่งให้ kcl 20 mEq + nss 100 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ค่า INR 1.35 แพทย์มีคำสั่งให้ FFP2ยูนิต ทางหลอดเลือดดำภายใน 15 นาที และเฝ้าระวังภาวะเลือดออกตามร่างกาย ด้านระบบทางเดินหายใจ ยังให้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ mode PCV Pi15 RR15 PEEP5 Fio2 0.5 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ระดับออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 100% ปัสสาวะ 1000 มิลลิลิตรต่อวัน

วันที่ 3 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ mode PCV Pi18 RR15 PEEP5 Fio2 0.5 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ระดับออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 100% มีปัญหาผลเกล็ดเลือดต่ำ 49,000 ให้ plt conc 6 ยูนิต อัตราการไหล 100 มิลลิลิตร ภายใน 15 นาที ไม่มีเลือดออกเพิ่ม และผู้ป่วยมีระดับความดันเลือด 117/82 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาหยุดการให้ยา levophed ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า lactate 3.02 mmol/L อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล ระดับความปวด 6 คะแนน แพทย์มีคำสั่งให้ fentanyl (10:1) อัตราการไหล 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินซ้ำ ระดับความปวดหลังให้ยา 1 ชั่วโมง เท่ากับ 3 คะแนน ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ปริมาณปัสสาวะ 600 มิลลิลิตรต่อวัน

วันที่ 4 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ mode SPONT PS8 PEEP5 Fio2 0.4 ผู้ป่วยหายใจได้ ไม่เหนื่อยหอบ ระดับออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 100% ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าโพแทสเซียม 2.8 ฟอสฟอรัส 2.1 แพทย์มีคำสั่งให้ k2po4 40 mEq + nss 100 ml อัตราการไหล 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผล plt 45,000 ให้ plt conc 6 อัตราการไหล 100 มิลลิลิตร ภายใน 15 นาที ค่า lactate เท่ากับ 3.02 อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ด้านโภชนาการเริ่มให้อาหารทางสายยางเป็น BD(1:1) 100 มิลลิลิตร 4 มื้อ ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยางได้ดี ไม่มีปวดท้อง หรืออาเจียน ปริมาณปัสสาวะ 1000 มิลลิลิตรต่อวัน

วันที่ 5 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ mode SPONT PS 8 PEEP 5 Fio2 0.4 หายใจได้ดี ไม่เหนื่อยหอบ ระดับออกซิเจนในเลือด เท่ากับ 100% ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าโพแทสเซียม 2.34 ให้ทาน E.KCL 30 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง เรื่องการทำงานของไต มีปัญหาค่า Creatinine สูงขึ้น จาก 0.90 เป็น 1.01 แพทย์วินิจฉัยมีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (AKI) มีแผนการรักษาให้บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก โดยต้องการให้ร่างกายไม่มีภาวะน้ำเกิน มีคำสั่งให้การรักษาโดยให้ยา lasix 80 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และยา spironolactone 25 มิลลิกรัม ขนาด 1 เม็ด ทานเข้า-เย็น หลังอาหาร อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส lactate 1.8 แพทย์พิจารณายกเลิกติดตามค่า lactate ได้ ปริมาณปัสสาวะ 800 มิลลิลิตรต่อวัน

วันที่ 6 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์พิจารณาให้ ถอดท่อช่วยหายใจ และให้หายใจด้วย High Flow flow 40 LPM FiO2 0.4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าโพแทสเซียม 2.73 มีคำสั่งให้ KCL 40 mEq + nss 100 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหลังจากที่ถอดช่วยหายใจ จึงให้ทานอาหารอ่อนได้ และมีคำสั่งถอดสาย NG อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส มีคำสั่งให้ Lasix 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อขับปัสสาวะ ผล Creatinine เท่ากับ 0.8 ปริมาณปัสสาวะ 1000 มิลลิลิตรต่อวัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วันที่ 7 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจด้วย High Flow flow 20 LPM FiO₂ 0.4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าโพแทสเซียม 3.01 mmol/dL มีคำสั่งให้ E.KCL 30 มิลลิลิตร ทาน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 ชั่วโมงและติดตามค่าโพแทสเซียม เท่ากับ 3.89 mmol/dL ทานอาหารอ่อนได้ดี ไม่มีสำลัก อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ให้ Lasix 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ปริมาณปัสสาวะ 700 มิลลิลิตรต่อวัน

วันที่ 8 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี หายใจ cannula 3 ลิตรต่อนาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าโพแทสเซียม 3.1 ให้ E.KCL 30 มิลลิลิตร ทาน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 ชั่วโมง ปวดแผล 3 คะแนน มีคำสั่งให้ morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ปริมาณปัสสาวะ 700 มิลลิลิตรต่อวัน

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี หายใจ cannula 3 ลิตรต่อนาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าโพแทสเซียม 3.3 ให้ E.KCL 30 มิลลิลิตร ทาน 1 ครั้ง ค่าแมกนีเซียม 1.9 ให้ 50%MgSO₄ 4 ml+ 5%DW 100 ml อัตราการไหล 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วันละ 1 ครั้ง จำนวน 3 วัน ระดับความปวดแผล 3 คะแนน มีคำสั่งให้ morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ปริมาณปัสสาวะ 400 มิลลิลิตรต่อวัน

วันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี หายใจโดยไม่ใช้ออกซิเจน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าโพแทสเซียม 3.5 แพทย์รับทราบ ระดับความปวดแผล 1 คะแนน มีคำสั่งให้ morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ปริมาณปัสสาวะ 400 มิลลิลิตรต่อวัน เวลา 15.00น. แพทย์ประเมินว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น พิจารณาย้ายกลับวอร์ดสามัญได้ เวลา 16.00 น.

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 ที่ตึกศัลยกรรมชาย2 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี หายใจโดยไม่ใช้ออกซิเจน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าโพแทสเซียม 3.89 แพทย์รับทราบ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ปริมาณปัสสาวะ 400 มิลลิลิตรต่อวัน

วันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี หายใจโดยไม่ใช้ออกซิเจน ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง ทานอาหารได้ ระดับน้ำตาลในเลือด 142 mg% อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ปริมาณปัสสาวะ 400 มิลลิลิตรต่อวัน

วันที่ 13 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี หายใจโดยไม่ใช้ออกซิเจน ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง ทานอาหารได้ดี อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ปริมาณปัสสาวะ 400 มิลลิลิตรต่อวัน มีคำสั่งให้ถอดสายสวนปัสสาวะได้

วันที่ 14 พฤศจิกายน 2568 แพทย์มีคำสั่งอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยมีนัดมาติดตามอาการ วันที่ 2 ธันวาคม 2568

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

จากการศึกษาในระหว่างที่อยู่ในความดูแล พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8 ข้อดังนี้

1. ปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดออกก่อนาทึลดลง (Decreased Cardiac Output) สัมพันธ์กับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง (Impaired Gas Exchange) สัมพันธ์กับการทำงานของระบบหายใจลดลงหลังผ่าตัด การได้รับยากดการหายใจ และภาวะติดเชื้อรุนแรง
3. เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (Ineffective Tissue Perfusion: Systemic) สัมพันธ์กับการติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดีและการตอบสนองต่อการอักเสบของร่างกาย
4. ปวดเฉียบพลัน (Acute Pain) สัมพันธ์กับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดและการทำหัตถการ ERCP
5. เสี่ยงต่อภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล (Risk for Electrolyte Imbalance) เนื่องจากการอดน้ำของทางเดินน้ำดี การอักเสบ การงดอาหาร และการสูญเสียสารน้ำ
6. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ ERCP ได้แก่ ตับอ่อนอักเสบ เลือดออก และการติดเชื้อซ้ำ เนื่องจากการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน
7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่ แผลกดทับ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และปอดแฟบ เนื่องจากการนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
8. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล (Anxiety) สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต ความไม่แน่นอนของโรค และการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

4.6 ขั้นตอนหลักการดำเนินการ

- 4.6.1 ศึกษาสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคท่อน้ำดี ที่เข้ารับบริการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลขอนแก่น
- 4.6.2 คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาโดยเลือกศึกษาผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบจากผู้ป่วย ที่เคยได้รับมอบหมายให้การดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลขอนแก่น
- 4.6.3 เลือกกรณีศึกษาที่มารับการรักษาด้วยโรคท่อน้ำดีอักเสบที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด 1 ราย
- 4.6.4 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน การตรวจร่างกายและการประเมินปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
- 4.6.5 ศึกษาข้อมูล จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
- 4.6.6 ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบและได้รับการผ่าตัดทำ ERCP

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.6.7 วางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย

4.6.8 ปฏิบัติการพยาบาล ณ หอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลขอนแก่น ติดตามอาการ ให้ความรู้ สุขศึกษาและประเมินผลการพยาบาล

4.6.9 ดำเนินการเรียบเรียงผลงาน สรุปผลกรณีศึกษา จัดทำเอกสารวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องและนำเสนอตามลำดับ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 70 ปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568 ให้การพยาบาลตามแผนการรักษานจนผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8 ข้อ บรรลุวัตถุประสงค์ทางการ พยาบาลทั้ง 8 ข้อ ดังนี้

1) ปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดออกต่อนาทีลดลง (Decreased Cardiac Output) สัมพันธ์กับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

2) การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง (Impaired Gas Exchange) สัมพันธ์กับการทำงานของระบบหายใจลดลงหลังผ่าตัด การได้รับยากดการหายใจ และภาวะติดเชื้อรุนแรง

3) เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (Ineffective Tissue Perfusion: Systemic) สัมพันธ์กับการติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดีและการตอบสนองต่อการอักเสบของร่างกาย

4) ปวดเฉียบพลัน (Acute Pain) สัมพันธ์กับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดและการทำหัตถการ ERCP

5) เสี่ยงต่อภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล (Risk for Electrolyte Imbalance) เนื่องจากการอุดตันของทางเดินน้ำดี การอักเสบ การงดอาหาร และการสูญเสียสารน้ำ

6) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ ERCP ได้แก่ ตับอ่อนอักเสบ เลือดออก และการติดเชื้อซ้ำ เนื่องจากการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

7) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่ แผลกดทับ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และปอดแฟบ เนื่องจากการนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

8) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล (Anxiety) สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต ความไม่แน่นอนของโรค และการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต แพทย์จำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 รวมเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบหลังผ่าตัด ERCP แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ทางการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ พยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สามารถประเมินอาการ วินิจฉัยปัญหาการพยาบาล วางแผน และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคล ส่งผลให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังหัตถการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินการพยาบาลดังกล่าวช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบหลัง ERCP การติดเชื้อ และภาวะเลือดออก ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง สัญญาณชีพคงที่ และมีการฟื้นตัวเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

นอกจากนี้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา และเกิดความเชื่อมั่นต่อการบริการพยาบาล

ผลงานนี้สะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในระดับชำนาญการ ที่สามารถปฏิบัติงานพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ เป็นแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และสนับสนุนระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานอย่างยั่งยืน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ด้านผู้ป่วย ได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัด ERCP อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบหลังหัตถการ การติดเชื้อ และภาวะเลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง สัญญาณชีพคงที่ และสามารถฟื้นตัวได้ตามเกณฑ์มาตรฐานทางการพยาบาล

6.2 ด้านองค์กร การนำแนวทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ERCP มีความเป็นมาตรฐานเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะการประเมินอาการผิดปกติในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังหัตถการ

6.3 ด้านวิชาชีพ สามารถนำไปพัฒนาเป็นมาตรฐาน หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบ และเป็นคู่มือในการนิเทศทางคลินิกของนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนา คุณภาพการพยาบาล และสมรรถนะของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในภาวะวิกฤตและมีแผนการรักษาที่มีความซับซ้อน โดยได้รับการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน ร่วมกับผู้ป่วยมีอายุเยอะและมีโรคประจำตัวทำให้การวางแผนการพยาบาลและการติดตามอาการจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง และการประเมินอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก

7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนจำนวนมากและมีลักษณะซับซ้อนเชิงคลินิก เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีการสื่อสารระหว่างทีมหลายแผนก ทั้งแพทย์ศัลยกรรม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แพทยวิสัญญี แพทย์รังสี เภสัชกร พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ การสกัดข้อมูลมาเรียบเรียงให้อยู่ในรูปแบบเอกสารวิชาการที่ชัดเจน และครอบคลุม ต้องอาศัยทักษะในการจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์เชิงลึก

7.3 เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวล พยาบาลต้องมีทักษะการสื่อสารอย่างเหมาะสมควบคู่กับ การแสดงความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่อง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute Cholangitis) ร่วมกับ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผล ต่อกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. ความรุนแรงและความซับซ้อนของภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อรุนแรง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และการทำงานของอวัยวะหลายระบบ อาการของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องมีการประเมินอาการอย่างต่อเนื่องและตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที ส่งผลให้พยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ข้อจำกัดในการประเมินอาการและการสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ป่วยวิกฤตมีข้อจำกัดในการสื่อสาร เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง การได้รับยาระงับประสาท หรือการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้การประเมินอาการบางด้าน เช่น ความปวด ความไม่สุขสบาย และความวิตกกังวลทำได้ยาก จำเป็นต้องใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสม เช่น CPOT, Glasgow Coma Scale และการสังเกตพฤติกรรมร่วมกับข้อมูลจากญาติ
3. ความซับซ้อนของการรักษาและการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการรักษาหลายรูปแบบ ได้แก่ การให้สารน้ำ การใส่ยากระตุ้นความดันโลหิต ยาปฏิชีวนะ การติดตามการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังทำ ERCP ซึ่งต้องอาศัยความถูกต้องและรวดเร็วในการปฏิบัติ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับยา เครื่องมือ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง
4. ข้อจำกัดด้านข้อมูลผู้ป่วยในระยะแรกของการรับไว้รักษา ในระยะแรกของการดูแล อาจมีข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูลบางส่วน เช่น ประวัติการเจ็บป่วยเดิม การใส่ยา โรคร่วม หรือข้อมูลจากญาติ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตและจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วน ส่งผลให้การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนตามข้อมูลที่ได้รับเพิ่มเติม
5. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การเข้ารับการรักษาใน ICU และความไม่แน่นอนของผลการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวล มีความต้องการข้อมูลและการสนับสนุนด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะการสื่อสาร ให้ข้อมูลที่เหมาะสม และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. ข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานของบุคลากร การดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องใช้การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและใช้เวลามาก ประกอบกับภาระงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีความซับซ้อน อาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา และการจัดทำแผนการพยาบาลอย่างละเอียด

9. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษากรณีผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute Cholangitis) ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) ภายหลังได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจและรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography: ERCP) พบว่าผู้ป่วยมีความซับซ้อนของปัญหาทางคลินิก จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และเป็นระบบ ดังนั้นผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วย ควรส่งเสริมให้พยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยวิกฤตอย่างเป็นระบบ โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับเครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น การประเมินภาวะติดเชื้อรุนแรง (Sepsis Screening/SOFA Score) การประเมินการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซ การประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยเครื่องมือ CPOT รวมถึงการติดตามสัญญาณชีพ ปริมาณปัสสาวะ ระดับ Lactate และการทำงานของอวัยวะสำคัญอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถค้นพบการเปลี่ยนแปลงของอาการและให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

2. ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock ควรจัดให้มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Septic Shock ที่ชัดเจนในหน่วยงาน เช่น Sepsis Care Bundle การประเมินภาวะพร่องสารน้ำ การบริหารยาปฏิชีวนะภายในเวลาที่เหมาะสม การติดตามผลตอบสนองต่อการรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยากระตุ้นความดันโลหิต เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ด้านการดูแลผู้ป่วยหลังทำ ERCP ควรมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ ERCP อย่างเป็นระบบ ได้แก่ ภาวะตับอ่อนอักเสบหลังทำหัตถการ (Post-ERCP Pancreatitis) ภาวะเลือดออก การติดเชื้อ และการทะลุของอวัยวะ โดยประเมินอาการปวดท้อง ใช้สัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Amylase/Lipase และติดตามอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถให้การรักษาได้ทันทั่วทั้งที่

4. ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรควรส่งเสริมให้พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับการอบรมและพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรง การใช้เครื่องช่วยหายใจ การประเมินภาวะวิกฤต การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น Norepinephrine รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการ ERCP เพื่อเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการปฏิบัติงาน

5. ด้านการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของครอบครัวควรส่งเสริมระบบการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วย และญาติ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา ความก้าวหน้าของอาการ และการพยากรณ์โรคอย่างเหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. ด้านการนำกรณีศึกษาไปพัฒนางานควรนำกรณีศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Acute Cholangitis with Septic Shock ในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น การจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยแบบ FANCAS การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลัง ERCP และการทบทวนเหตุการณ์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากข้อเสนอแนะดังกล่าว จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วย Acute Cholangitis with Septic Shock มีความครอบคลุมมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานที่หอผู้ป่วยวิกฤตหลังรับความรู้สึกรู้สึก วันที่นำเสนอ 26 มกราคม 2569

11. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวขวัญจิต เสนาวงษ์ ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางสาวขวัญจิต เสนาวงษ์)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ /
 (วันที่) 14 / 11 / 64
 ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญจิต เสนาวงษ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (..... **นางชญาพัฒน์ ปูนิน**)
 (ตำแหน่ง) **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ**
 (วันที่) **16 / กันยายน / 2569**
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
 (ลงชื่อ) 
 (..... **นางยุรดา ชนบุญสอย**)
 (ตำแหน่ง) **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ**
 (วันที่) / **18 ก.ย. 2569**
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
 (ลงชื่อ) 
 (..... **(นางพินรัฐ จอมเพชร)**)
 (ตำแหน่ง) **พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ**
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล
 (วันที่) **15 / กันยายน / 2569**
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
 (ลงชื่อ) 
 (..... **(นายธนสิทธิ์ ไพরণษ์)**)
 (ตำแหน่ง) **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น**
 (วันที่) / **5 ต.ค. 2569**
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันภายหลังได้รับการทำหัตถการ ERCP ในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก

2. หลักการและเหตุผล

การส่องกล้องตรวจและรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน หรือ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP เป็นหัตถการที่ใช้วินิจฉัยและรักษาความผิดปกติของท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน เช่น การนำนิ่วออก การขยายบริเวณที่ตีบ และการใส่ท่อระบายหรือขดลวด แม้ ERCP จะเป็นหัตถการที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกไม่สบายและอาการปวดท้องภายหลังทำหัตถการ โดยเฉพาะอาการปวดบริเวณลิ้นปี่หรือปวดร้าวไปด้านหลัง

จากการทบทวนเอกสารพบว่า การทำ ERCP อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ ตับอ่อนอักเสบ เลือดออก การทะลุของทางเดินอาหารหรือท่อน้ำดี ท่อน้ำดีอักเสบ การติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก (Chandrasekhara et al., 2017; Dumonceau et al., 2020) โดยภาวะตับอ่อนอักเสบภายหลังการทำ ERCP เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยง การป้องกัน และการตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก (Buxbaum et al., 2023) ขณะเดียวกัน การศึกษาในประเทศไทยพบอุบัติการณ์อาการปวดท้องภายหลังการทำ ERCP ร้อยละ 42.22 แสดงให้เห็นว่าอาการปวดท้องเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (สายฝน ไทยประดิษฐ์ และคณะ, 2565) จากข้อมูลสถิติของหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลขอนแก่น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568-2569 พบว่ามีผู้ป่วยภายหลังได้รับการทำหัตถการ ERCP เข้ารับการรักษาจำนวน 18 ราย แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานมีผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดแนวทางการประเมินและจัดการความปวดที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน อาการปวดภายหลังการทำ ERCP อาจเกิดจากการระคายเคืองภายหลังหัตถการ หรืออาจเป็นสัญญาณเริ่มต้นของภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น การประเมินความปวดจึงต้องพิจารณาทั้งความรุนแรง ลักษณะ ตำแหน่ง ระยะเวลา และอาการร่วม ควบคู่กับการติดตามสัญญาณชีพ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถบรรเทาความปวดและตรวจพบความผิดปกติได้อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึกอาจมีข้อจำกัดในการสื่อสารความปวด เนื่องจากยังได้รับผลจากยาระงับความรู้สึก มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือใส่ท่อช่วยหายใจ การประเมินความปวดจึงควรเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสาร โดยใช้ Numeric Rating Scale: NRS ในผู้ป่วยที่สามารถรายงานความปวดได้ และใช้ Critical-Care Pain Observation Tool: CPOT ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรายงาน

ความปวดด้วยตนเองแต่ยังสามารถสังเกตพฤติกรรมได้ ทั้งนี้ ไม่ควรใช้การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเป็นตัวบ่งชี้ความปวดเพียงอย่างเดียว แต่ควรใช้เป็นสัญญาณกระตุ้นให้มีการประเมินเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม (Devlin et al., 2018)

หอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึกรับดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดและหัตถการที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การประเมินและจัดการความปวดอย่างเป็นระบบจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม ควบคู่กับการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการทำ ERCP

ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาแนวทางการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันภายหลังได้รับการทำหัตถการ ERCP โดยครอบคลุมการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา การประเมินซ้ำภายในระยะเวลาที่กำหนด และการกำหนดเกณฑ์รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ลดความแปรปรวนในการดูแล และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการระงับความรู้สึก พบว่าการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยภายหลังการทำ ERCP ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้นตอนและเกณฑ์การตัดสินใจอย่างชัดเจน การปฏิบัติส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคลและแผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวด การจัดการความปวด ระยะเวลาในการประเมินซ้ำ การบันทึกผล และการรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติอาจแตกต่างกัน ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่องและเกิดความแปรปรวนในการปฏิบัติ ผู้ป่วยภายหลังการทำ ERCP มีความแตกต่างด้านระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการสื่อสาร การได้รับยาระงับความรู้สึกและยาระงับปวด ตลอดจนความรุนแรงของโรค การประเมินความปวดจึงจำเป็นต้องเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสามารถรายงานความปวดได้ควรประเมินด้วย Numeric Rating Scale: NRS ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถรายงานความปวดด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจหรือมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ควรประเมินด้วย Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) ร่วมกับการประเมินระดับความรู้สึกตัว ระดับความสงบหรือกระสับกระส่าย และอาการทางคลินิกอื่น ทั้งนี้ ไม่ควรใช้การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเป็นตัวบ่งชี้ความปวดเพียงอย่างเดียว แต่ควรใช้เป็นสัญญาณกระตุ้นให้ประเมินเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม (Devlin et al., 2018) สายฝน ไทยประดิษฐ์ และคณะ (2565) ศึกษาผู้ป่วยภายหลังการทำ ERCP จำนวน 90 ราย พบอุบัติการณ์อาการปวดท้องร้อยละ 42.22 โดยพบอาการปวดระดับปานกลางร้อยละ 20 และอาการปวดระดับรุนแรงมาร้อยละ 13.33 ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าอาการปวดท้องเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยภายหลังการทำ ERCP ผู้วิจัยจึงเสนอให้นำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

เครื่องมือประเมินความปวด CPOT เป็นเครื่องมือที่ใช้ติดตามพฤติกรรมซึ่งสัมพันธ์กับความปวด ไม่สามารถใช้วินิจฉัยสาเหตุของอาการปวดหรือภาวะด้อยออกอีกเสบภายหลังการทำ ERCP ได้ ดังนั้น การประเมิน และจัดการความปวดต้องดำเนินการควบคู่กับการประเมินลักษณะ ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลาของอาการปวด และอาการผิดปกติอื่น หากพบอาการปวดต้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปวดร้าวไปด้านหลัง ท้องแข็งหรือกดเจ็บมาก คลื่นไส้อาเจียน ไข้ ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตลดลง มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร หรือมีอาการแสดงของภาวะ ติดเชื้อต้องรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือตามแนวทางของหน่วยงานทันที

แนวความคิด

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของเอดเวิร์ด เดมมิง (Edward Deming) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนางาน โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพเดมมิง (Deming cycle) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งเป็น กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันระยะวิกฤต ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2562) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการค้นหาปัญหาและระบุปัญหาทางคลินิก ซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง ได้แก่

1.1.1. Practice triggered จากการทบทวนการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังระดับความรู้สึกพบว่า พยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางระยะวิกฤตหลังผ่าตัดมีน้อยกว่าร้อยละ 50 ส่งผลให้พยาบาล บางส่วนยังขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญ และความมั่นใจในการประเมินอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ ERCP

1.1.2. Knowledge triggered จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง พบว่าแม้ โรงพยาบาลขอนแก่นจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ ERCP อยู่แล้ว แต่ยังขาดการพัฒนาระบบ การพยาบาลที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ ERCP ในระยะวิกฤตอย่างเป็นระบบ

1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ ERCP ระยะวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังระดับความรู้สึก ให้พยาบาลสามารถประเมิน เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

1.3 กำหนดเป้าหมายเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ ERCP สามารถลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เป็นไปตาม มาตรฐานวิชาชีพ

1.4 ศึกษาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูลจากตำรา งานวิจัย แนวทางการดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัดทำ ERCP และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ พัฒนาการพยาบาล

2. ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ (Do)

นำรูปแบบการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ ERCP ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน

หอยผู้ป่วยวิกฤตหลังระดับความรู้สึก ภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยเน้นการประเมินอาการ การเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน การดูแลสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การดูแลการทำงานของท่อน้ำดี การให้ยาอย่างถูกต้อง และการตัดสินใจทางคลินิกร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ขั้นตอนตรวจสอบประเมินผล (Check)

3.1 ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ ERCP เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการปวดท้อง การติดเชื้อ และความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.2 ประเมินความรู้ ความมั่นใจ และความพึงพอใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ ERCP

3.3 วิเคราะห์ผลการดำเนินงานร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อประเมินว่าการพัฒนาการพยาบาลสามารถช่วย เฝ้าระวัง ป้องกัน และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ ERCP ได้มากน้อยเพียงใด

4. ขั้นตอนการปรับปรุงพัฒนา (Act)

4.1 ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เหมาะสมกับ บริบทของหน่วยงานมากยิ่งขึ้น

4.2 ขยายผลการดำเนินงานและเผยแพร่แนวทางการพัฒนาการพยาบาลแก่บุคลากรทางการพยาบาลใน หน่วยงานอื่นที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ ERCP เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

บทวิเคราะห์

จากการปฏิบัติงานจากการปฏิบัติงานในหอยผู้ป่วยวิกฤตหลังการระดับความรู้สึก พบว่าการประเมินและ จัดการความปวดในผู้ป่วยภายหลังการทำ ERCP ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขั้นตอนและเกณฑ์การตัดสินใจ อย่างชัดเจน การปฏิบัติส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคลและแผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวด การจัดการความปวด ระยะเวลาในการประเมินซ้ำ การบันทึกผล และการรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติอาจแตกต่างกัน ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่องและเกิดความ แปรปรวนในการปฏิบัติ ผู้ป่วยภายหลังการทำ ERCP มีความแตกต่างด้านระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการ สื่อสาร การได้รับยาระดับความรู้สึกและยาระงับปวด ตลอดจนความรุนแรงของโรค การประเมินความปวดจึง จำเป็นต้องเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสามารถรายงานความปวดได้ ควรประเมินด้วย Numeric Rating Scale: NRS ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถรายงานความปวดด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่ ใส่ท่อช่วยหายใจหรือมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ควรประเมินด้วย Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) ร่วมกับการประเมินระดับความรู้สึกตัว ระดับความสงบหรือกระสับกระส่าย และอาการทางคลินิกอื่น ทั้งนี้ ไม่ควรใช้การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเป็นตัวบ่งชี้ความปวดเพียงอย่างเดียว แต่ควรใช้เป็นสัญญาณกระตุ้นให้ ประเมินเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม (Devlin et al., 2018) สายฝน ไทยประดิษฐ์ และคณะ (2565) ศึกษา ผู้ป่วยภายหลังการทำ ERCP จำนวน 90 ราย พบอุบัติการณ์อาการปวดท้องร้อยละ 42.22 โดยพบอาการปวดระดับ ปานกลางร้อยละ 20 และอาการปวดระดับรุนแรงร้อยละ 13.33 ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าอาการปวด

ต้องเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยภายหลังการทำ ERCP ผู้วิจัยจึงเสนอให้นำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

เครื่องมือประเมินความปวด CPOT เป็นเครื่องมือที่ใช้ติดตามพฤติกรรมซึ่งสัมพันธ์กับความปวด ไม่สามารถใช้วินิจฉัยสาเหตุของอาการปวดหรือภาวะด้อยออกซิเจนภายหลังการทำ ERCP ได้ ดังนั้น การประเมินและจัดการความปวดต้องดำเนินการควบคู่กับการประเมินลักษณะ ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลาของอาการปวด และอาการผิดปกติอื่น หากพบอาการปวดท้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปวดร้าวไปด้านหลัง ท้องแข็งหรือกดเจ็บมาก คลื่นไส้อาเจียน ไข้ ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตลดลง มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร หรือมีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ ต้องรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือตามแนวทางของหน่วยงานทันที

ข้อเสนอ

1. ควรนำแบบแผนการจัดการความปวดหลังการทำ ERCP ไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้การประเมินและการดูแลผู้ป่วยด้านความปวดเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความแปรปรวนในการปฏิบัติการพยาบาล และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย
2. ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยจัดอบรมหรือทบทวนความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวด การใช้ยาแก้ปวดอย่างปลอดภัย และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลัง ERCP เพื่อเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และการตัดสินใจเชิงคลินิกของพยาบาล
3. ควรบูรณาการแบบแผนการจัดการความปวดเข้ากับระบบเอกสารและการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้การบันทึกข้อมูลเป็นระบบ สามารถติดตามผลลัพธ์และใช้เป็นข้อมูลในการประเมินคุณภาพการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ควรมีการติดตามและประเมินผลการใช้แบบแผนอย่างสม่ำเสมอโดยใช้ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยและกระบวนการพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย
5. ควรขยายผลการใช้แบบแผนไปยังหอผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเพื่อเป็นแนวทางในการยกระดับคุณภาพการจัดการความปวดในภาพรวมของหน่วยงาน และสร้างมาตรฐานการพยาบาลร่วมกัน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. ความรู้และความเข้าใจของบุคลากรไม่เท่ากัน อาจทำให้การประเมินไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน แนวทางการแก้ไขคือ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และทำคู่มือการใช้งานที่กระชับ พร้อมตัวอย่างกรณีศึกษา
2. ความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติ กำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามและประเมินการใช้ทุกเดือน
3. ภาระงานสูงของพยาบาลความดันต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลากรบางคนอาจไม่ยอมรับแนวทางใหม่ แนวทางการแก้ไขคือ สร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มโครงการ ให้ทุกฝ่ายร่วมออกแบบแนวปฏิบัติ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 หน่วยงานมีแนวทางการพยาบาลสำหรับการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยภายหลังได้รับการทำหัตถการ ERCP ที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกันได้

4.2 พยาบาลสามารถเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดได้เหมาะสมกับระดับความรู้สึกรู้ตัวและความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย

4.3 ผู้ป่วยได้รับการประเมิน การจัดการ และการประเมินความปวดซ้ำอย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันท่วงที่ส่งผลให้ความปวดลดลงและได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

4.4 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวทางการประเมินและจัดการความปวด และสามารถนำแนวทางไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ผู้ป่วยภายหลังได้รับการทำหัตถการ ERCP ได้รับการประเมินความปวด ร้อยละ 90

5.2 พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการประเมินและจัดการความปวดได้อย่างครบถ้วน ร้อยละ 80

5.3 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวทางการประเมินและจัดการความปวด ร้อยละ 80

(ลงชื่อ) พญ.จิต

(นางสาวขวัญจิต เสนาวงษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 18 / 11 / 69

ผู้ขอประเมิน