



ประกาศจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลหัวหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

.....

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


จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับ
การประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น จำนวน ๓ ราย ดังนี้

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ - สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑.	นางสาวศรีณญา สารคำ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ
๒.	นางสาวรัชฎาพร สนธิ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
๓.	นางสาวนฤมล กือเย็น	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ ให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกฯ เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายกิตติพงษ์ สุขภาคกุล)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลหัวหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ลำดับที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวศรัณญา สารคำ	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์</p> <p>โรงพยาบาลหัวหิน</p> <p>กลุ่มการพยาบาล</p> <p>กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ</p> <p>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ</p>	๔๖๑๖๙	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์</p> <p>โรงพยาบาลหัวหิน</p> <p>กลุ่มการพยาบาล</p> <p>กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>(ด้านการพยาบาล)</p>	๔๖๑๖๙	<p>เลื่อนระดับ</p> <p>๑๐๐%</p> <p>ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (Gastroscope) : กรณีศึกษา"</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนต้น ที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง"</p> <p>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน</p> <p>๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (Gastroscope) : กรณีศึกษา</p> <p>๒. ระยะเวลาการดำเนินการ กันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖</p> <p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน</p> <p>ความหมาย</p> <p>โรคตับแข็ง (Cirrhosis) ความหมาย การที่เนื้อเยื่อตับบาดเจ็บและถูกทำลายจากการอักเสบเรื้อรังจากสาเหตุต่างๆ เนื้อเยื่อตับจึงกลายเป็นพังผืด ทำให้ตับสูญเสียการทำงาน เนื้อเยื่อตับที่บาดเจ็บส่งผลให้ไม่สามารถสร้างโปรตีนกำจัดเชื้อโรค ฟอกเลือด ย่อยอาหาร ตลอดจนสะสมพลังงานได้</p> <p>ชนิดและสาเหตุของโรคตับแข็ง</p> <p>โรคตับแข็ง แบ่งออกเป็น ๒ ชนิด คือ</p> <p>๑. แบ่งตามรูปร่างของเซลล์ (Morphologic classification) แบ่งได้ ๓ ชนิด คือ</p> <p>๑.๑ ไมโครโนดูลาร์เซอโรซิส (Micronodular cirrhosis) พบได้บ่อยที่สุดในชาวตะวันตก และอาจเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ ๓ และ ๔ ของประเทศอเมริกา ในชายมากกว่าหญิง ๒ เท่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะพร่องโภชนาการโดยเฉพาะการได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ พบได้บ่อยในผู้ติดสุราเรื้อรังถึงร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยตับแข็งนอกจากนี้พบในผู้ป่วยที่มีอันตรายของตับ การติดเชื้อและความผิดปกติของการเผาผลาญ</p> <p>๑.๒ แมโครโนดูลาร์เซอโรซิส (Macronodular cirrhosis) พบได้บ่อยที่สุดในโลก เกิดจากสาเหตุของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซีในตับ ได้รับสารที่เป็นพิษต่อตับ เช่น สารเคมีจากโรงงานอุตสาหกรรม หรือการติดเชื้อ</p> <p>๑.๓ แบบผสม (Mixed micro and macronodule cirrhosis) เป็นตับแข็งที่มีลักษณะเซลล์เป็นลักษณะผสม ส่วนใหญ่จะเกิดตามหลังมีการอุดตันท่อน้ำดีเล็กๆ โดยผ่านทางน้ำดีของตับ พบในหญิงมากกว่าชาย</p> <p>๒. แบ่งตามสาเหตุ (Etiologic classification) แบ่งออกเป็น</p> <p>๒.๑ ตับแข็งที่เกิดแต่กำเนิด (Genetic disorder) เช่น โรคกาแลคโตซีเมีย (Galactosemia) ไกลโคเจนสโตเรกดีซีส (Glycogen storage disease) ภาวะพร่องเอนติเทปซิน (Antitrypsin deficiency) โรควิลสัน (Wilson's disease) เป็นต้น</p>
--

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ชนิดและสาเหตุของโรคตับแข็ง (ต่อ)

๒.๒ ตับแข็งที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนิตปีหรือซี ไวรัสตับอักเสบนิตปีหรือซีเป็นไวรัสที่สามารถทำลายเซลล์ตับ คนที่มีเชื้อไวรัสชนิดนี้ในร่างกายโดยไม่มีอาการผิดปกติใด เป็นเวลา ๓๐-๔๐ ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะกลายเป็นโรคตับแข็งได้ ถ้าดื่มสุราจัด มีโอกาสเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งตับมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้ที่ตรวจพบว่าเป็นโรคตับอักเสบนิตปีหรือซี จึงห้ามดื่มสุราเด็ดขาด

๒.๓ ตับแข็งที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า ๑๖๐ กรัมต่อวัน เป็นเวลานาน ๑๐-๒๐ ปี โดยเฉพาะคนที่ไม่รับประทานอาหารอย่างเหมาะสม มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี อาจเกิดการทำลายตับจำนวนมากและรุนแรง แอลกอฮอล์เมื่อเข้าสู่ตับจะถูกเปลี่ยนเป็น Acetaldehyde ซึ่งเป็นพิษต่อเซลล์ตับโดยเพิ่มการสร้างไตรกลีเซอไรด์ในตับ ส่วนหนึ่งถูกขับออกในกระแสเลือดทำให้มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ส่วนหนึ่งจะคั่งอยู่ในตับทำให้เกิด Fatty liver นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ทำให้เซลล์ตับขาดออกซิเจน เกิดการอักเสบและการตายของเซลล์ตับ เพิ่มการสร้างพังผืด ทำให้โครงสร้างของตับเปลี่ยนแปลงทำให้เซลล์ตับถูกทำลาย ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิด Cirrhosis

๒.๔ Biliary cirrhosis เกิดหลังการมีการคั่งของน้ำดี มี ๒ ชนิด คือ จากโรคของตับเอง (Primary biliary cirrhosis) และการอุดตันของทางเดินน้ำดี (Secondary biliary cirrhosis)

๒.๕ สาเหตุอื่น เช่น ภาวะพร่องโภชนา โรคหัวใจ พยาธิ เช่น พยาธิใบไม้ในตับ สารเคมี เช่น ยา Chlorpromazine, Carbon tetrachloride

๒.๖ Cryptogenic cirrhosis เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ

อาการและอาการแสดง

๑. ภาวะตับบกพร่อง ผู้ป่วยจะน้ำหนักลดหรือมีกล้ามเนื้อลีบ บวม หายใจลำบาก เนื่องจากมีน้ำในช่องท้อง ผู้ป่วยจะมีภาวะออกซิเจนต่ำ

๒. อาการทางผิวหนัง ผิวหนังของผู้ป่วยตับแข็งจะเหลือง เพราะตับไม่สามารถเผาผลาญบิลิรูบินได้

๓. การบกพร่องในการสร้างวิตามิน การสร้างวิตามินเอ บีรวม เค บกพร่อง และวิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามิน เอ ซี เค

๔. อาการซีด พิษของแอลกอฮอล์เป็นพิษต่อไขกระดูก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการและการแสดง (ต่อ)

๕. เต้านมโตในผู้ชาย (Gynecomastia)
๖. ความรู้สึกทางเพศลดลง
๗. ม้ามโตจากมีเลือดคั่งเพราะความดันในตับสูงขึ้น
๘. ดีซ่านจากการคั่งของสารสีเหลือง (bilirubin) ซึ่งสร้างจากตับ

การวินิจฉัยโรคตับแข็ง

๑. มีประวัตินำไปสู่การเป็นตับแข็งได้ เช่น ดื่มสุราจัด มีประวัติป่วยด้วยโรคตับอักเสบเรื้อรังจากไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี

๒. อาการท้องมาน ตาตัวเหลือง มีหลอดเลือดเล็กๆ ขยายตัวเป็นจุดแดง มีแขนงยื่นออกไปโดยรอบคล้ายใยแมงมุมที่ผิวหนังบริเวณหน้าอกและไหล่ ม้ามโต

๓. เจาะเลือดพบโปรตีนในเลือดลดลง สารที่ช่วยให้เลือดแข็งตัวต่ำกว่าปกติ มีระดับสารน้ำดี (Bilirubin) สูง ในกรณีที่มีการอักเสบของตับจะพบระดับเอนไซม์ ๒ ตัว คือ SGOT (AST) และ SGPT (ALT) สูง นอกจากนี้การเจาะเลือดตรวจเพื่อยืนยันว่าเป็นสาเหตุของโรคตับแข็ง ได้แก่ การตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี และซี การตรวจพบภูมิคุ้มกันผิดปกติ เช่น Antinuclear Antibody (ANA), Anti Smooth Muscle Antibody บ่งชี้ว่าเป็นโรคตับอักเสบจากภูมิคุ้มกันของตนเอง ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไวรัสจะตรวจพบโปรตีนที่ทำหน้าที่จับทองแดงชื่อ Ceruloplasmin ลดลง จะพบระดับธาตุเหล็กในเลือดสูงขึ้น การตรวจตับด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) เพื่อประเมินสภาวะของตับโดยแพทย์

๔. การตรวจตับด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Spiral Computer Tomography)

๕. การตรวจตับด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI = Magnetic Resonance Imaging)

๖. การส่องกล้องตรวจภายในช่องท้อง (Laparoscopy)

๗. การตรวจชิ้นเนื้อตับทางพยาธิวิทยา (ด้วยกล้องจุลทรรศน์) โดยการใช้เข็มพิเศษ (Liver biopsy needle) เจาะผ่านผิวหนังดูดชิ้นเนื้อตับออกมาตรวจ

การรักษาโรคตับแข็ง

๑. การรักษาจำเพาะ หลักสำคัญ คือ พยายามที่จะขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดตับแข็งเท่าที่สามารถทำได้ แม้ว่าจะไม่รักษาให้ตับคืนสู่สภาพปกติ แต่อาจทำให้พยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงต่อไปของโรคดำเนินช้าลงได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ) การรักษาโรคตับแข็ง (ต่อ)

๒. การรักษาทั่วไป ให้ยาต้านการเกิด fibrosis ในผู้ป่วยตับแข็ง เช่น corticosteroids มีฤทธิ์ต้านอักเสบและยับยั้ง enzyme prolyl hydroxylase ต้าน pro-collagenase แต่สำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังกลับเป็นผลเสียเพราะ prednisolone กระตุ้นให้การอักเสบลุกลามมากขึ้น Colchicine ยับยั้งการรวมตัว (polymerization) สำหรับ microtubule ทำให้ไม่มีการสังเคราะห์ procollagen

๓. การรักษาด้วยยา กลุ่มยาที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ได้แก่ Vasopressin, Beta adrenergic blockers, Somatostatin และกลุ่มยาขยายหลอดเลือดที่จะทำให้เกิดการลดแรงต้านของการไหลเวียนภายในตับ ทำให้แรงต้าน portal ลดลง

๔. การใส่บอลลูนโดยใช้สาย Sengstaken-Blakemore tube (S-B Tube) ไปกดหลอดเลือด varices ที่โป่งพอง

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะตับแข็ง

๑. ลดการทำงานของตับที่แย่งและทำให้กลับมาดีขึ้น โดยดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ จำกัดกิจกรรมต่างๆ จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค โดยการรับประทานอาหารรสจืด หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม เช่น กะปิ น้ำปลา ไข่เค็ม ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ผักเค็ม เป็นต้น

๒. ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง เช่น อาการบวม หรือท้องมาน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

๓. ให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษาดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้สังเกตอาการหากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ ตัวร้อน สับสน ซึม มึนงง ให้รีบแจ้งพยาบาลทันที

ความดันเลือดสูงในหลอดเลือดดำพอร์ทัล (portal hypertension) คือ มีภาวะที่มีความดันใน portal vein สูงขึ้นกว่าปกติ (เกิน ๑๕ มิลลิเมตรปรอท) และทำให้เกิด collateral จาก portal vein system ไปเข้าสู่ systemic circulation

การดำเนินของ Esophageal varices

ผู้ป่วยตับแข็ง ๑ ใน ๓ ที่ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นจะพบ varices ถ้าส่องไม่พบจะมีโอกาสเกิด varices ขึ้นใหม่ร้อยละ ๕-๑๕ ต่อปี โดยเฉพาะในรายที่ hepatic venous pressure gradient มากกว่า ๑๐ มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยตับแข็งจะมีโอกาสเกิด varices ประมาณ ร้อยละ ๗๕ ตลอดช่วงชีวิต และหนึ่งในสามจะมีเลือดออกในทางเดินอาหารจาก esophageal varices

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (upper gastrointestinal endoscopy) เป็นวิธีการตรวจที่ใช้บ่อยที่สุด ปัจจุบันแนะนำผู้ป่วยตับแข็งทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองหา esophageal varices โดยวิธีนี้ ถ้าตรวจไม่พบให้ทำซ้ำทุก ๒ ถึง ๓ ปี ถ้าพบ varices ขนาดเล็ก ให้ทำซ้ำทุก ๑ ถึง ๒ ปี

Wireless video capsule endoscopy และ computed tomography (CT) imaging เป็นวิธีการตรวจที่สามารถใช้แทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถส่องกล้องได้

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นและการรัดยาง

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (EsophagoGastroDuodenoscopy : EGD) คือ การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารตั้งแต่ปาก ลำคอ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น โดยใช้กล้องที่มีลักษณะเป็นท่อขนาดเล็กปรับโค้งงอได้ มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๑ เซนติเมตร ที่ปลายกล้องจะมีเลนส์ขยายภาพปลายอีกข้างหนึ่งต่อกับเครื่องกำเนิดแสงและส่งภาพมายังจอรับภาพ

การรัดยาง (Esophageal variceal ligation : EVL) คือ การรักษาโดยใช้ยางรัดหลอดเลือดที่หลอดอาหาร

การพยาบาล

๑. การประเมินสภาพร่างกาย ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะสีผิว ปากแห้ง อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ วิตกกังวลซึมเศร้า ทุก ๑๕-๓๐ นาที บันทึกปริมาณเลือดที่อาเจียนหรือในสายยางสวนล้างกระเพาะอาหารทางจมูกและอุจจาระ

๒. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, LFT, BUN, Cr, PT, PTT, INR

๓. ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังอาการแพ้เลือดต่อเนื่องหลังให้เลือดเป็นเวลา ๔๘ ชั่วโมง

๔. เตรียมผู้ป่วยในการไปส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารก่อนเวลาตรวจอย่างน้อย ๖-๘ ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญของการส่องกล้องทางเดินอาหาร

๕. เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนหลังการส่องกล้องทางเดินอาหาร หากพบอาการผิดปกติภายหลังการตรวจ เช่น ถ่ายเป็นเลือด ปวดท้องมาก ให้ผู้ป่วยรีบแจ้งพยาบาลทันที

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

บทบาทของพยาบาลในห้องส่องกล้องตรวจพิเศษ

พยาบาลประจำห้องส่องกล้องตรวจพิเศษ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเตรียมตนเองและอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมทั้งในการรับผู้ป่วยตามปกติและผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยต้องประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารเป็นไปอย่างปลอดภัย และปราศจากภาวะแทรกซ้อน

การเตรียมความพร้อม แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะก่อนทำหัตถการ ระยะทำหัตถการ ระยะหลังทำหัตถการ

ระยะก่อนทำหัตถการ

ด้านร่างกายและเอกสารที่เกี่ยวข้อง : การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้ารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อเข้ารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น การช่วยเหลือเพื่อให้ท่อทางเดินอาหารเปิดออก ซึ่งจะทำให้การสอดใส่กล้องดำเนินไปได้สะดวก ราบรื่น และถอดฟันปลอมออก เนื่องจากอาจหลุดและอุดกั้นทางเดินหายใจ

ด้านจิตใจ : ประเมินความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ อธิบายซ้ำในสิ่งที่ยังผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจ

ระยะทำหัตถการ

ดูแลให้ได้รับการพ่นยาชาที่คอ ซึ่งทำให้ลำคอหมดความรู้สึกเจ็บชั่วคราวประมาณ ๑/๒-๑ ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจรู้สึกแสบหรือขมในลำคอในช่วงแรกของการพ่นยา จัดท่าตะแคงซ้ายและใส่ mouth guard ป้องกันการกัดกล้อง ดูแลระบบหายใจ เพื่อป้องกันการสำลักในขณะที่ทำการส่องกล้องตรวจ ประเมินสัญญาณชีพ ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด ให้เหมาะสมกับแผนการรักษาของแพทย์

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจากหลอดเลือดที่หลอดเลือดอาหารแตก จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประเมินสัญญาณชีพ ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอย่างใกล้ชิด และต้องสังเกตเฝ้าระวังภาวะเลือดออก รวมทั้งดูตุ่มเสมหะ เลือด ที่ไหลออกจากปาก ป้องกันไม่ให้มีการสำลัก โดยในขณะที่ทำการส่องกล้องตรวจต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ รับรู้ และปฏิบัติตามตลอดการทำหัตถการ

ระยะหลังทำหัตถการ

ภายหลังการทำหัตถการ จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การแตกทะลุของอวัยวะที่ส่องกล้อง (perforation) และเลือดออกจากการส่องกล้อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ภาวะตับแข็งจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-induced cirrhosis) เกิดจากเซลล์ของตับถูกแทนที่โดยเนื้อเยื่อ ทำให้ลักษณะเนื้อเยื่อตับที่เรียบบกลายเป็นก้อนและแข็งขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป จะทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับตับ เช่น โรคไขมันสะสมในตับ (fatty liver disease) ซึ่งเป็นโรคตับที่ไม่รุนแรง และสามารถหายเป็นปกติได้ถ้าหยุดดื่ม แต่ถ้ายังคงดื่มต่อไปจะทำให้เป็นโรคที่รุนแรงขึ้น เช่น โรคตับอักเสบ หรือโรคตับแข็ง ซึ่งเป็นโรคตับที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่รุนแรงที่สุด ตับแข็งแบ่งเป็น ตับแข็งระยะต้น (compensated cirrhosis) และตับแข็งระยะท้าย (decompensated cirrhosis) ส่วนใหญ่ตับแข็งระยะต้นจะมีอาการน้อย หรืออาจไม่มีอาการเลย และถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม แนวโน้มการดำเนินของโรคจะเข้าสู่โรคตับแข็งระยะสุดท้ายที่จะมีอาการรุนแรงและมักมีภาวะแทรกซ้อน จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น ที่มารักษาที่ห้องส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร โรงพยาบาลหัวหิน พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่ามีจำนวน ๓๕๕, ๔๘๐ และ ๕๗๖ ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่ามีจำนวน ๓๒, ๔๕ และ ๕๑ ราย ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่หลอดอาหารแตกได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องและวิธีรัดยาง ถือเป็นโรคหนึ่งที่มีความสำคัญและทำการตรวจวินิจฉัยรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ความสามารถ ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ จนกระทั่งเกิดความไว้วางใจ จึงสามารถรู้ถึงปัญหาที่แท้จริงของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา ทั้งนี้มุ่งหวังจะให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๒. เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในหน่วยงาน

เป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล ๑ ราย
๒. รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี และแผนการรักษาของแพทย์
๔. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎี และสื่อ internet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าพยาบาล และผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา
๕. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) กล่าวคือ ให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ
๖. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
๗. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล
๘. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี
๙. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๘ ปี มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคตับแข็งจากการดื่มสุรา (alcoholic cirrhosis) เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เคยมีประวัติเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (upper gastrointestinal bleeding : UGIB) และผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophago gastroduodeno scopy : EGD) พบว่ามี Esophageal varices (EV) + small gastric ulcer รักษาโดยการใช้อย่างรัดหลอดเลือดที่หลอดเลือดอาหาร (Esophageal variceal ligation : EVL) ๒ เส้น เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหัวหิน วันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๒๓.๑๐ น. มาด้วยอาการ ๑ อาทิตย์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ต่ำๆ ไข้ไม่สูง เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ท้องโตมากขึ้น ยังไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ๕ ชั่วโมงก่อนมา หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๖๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๖๘/๑๐๕ มิลลิเมตรปรอท ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๕ เปอร์เซ็นต์ ได้รับการใส่สายยางผ่านทางจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) พบเลือดสีแดงสด (fresh blood) ๑๐๐ มิลลิลิตร ทำการสวนล้างกระเพาะอาหาร (gastric lavage) ด้วย ๐.๙ % NaCl ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร จนใส่ให้ครบประมาณน้ำและอาหาร ได้สารน้ำ ๐.๙ % NaCl ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล ๖๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ร่วมกับดูแลให้ยา Pantoprazole ๘๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที และให้ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล ๘ มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ดูแลให้ยา Octeotide ๕๐ ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที และให้ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล ๕๐ ไมโครกรัมต่อชั่วโมง โดยให้ผ่านทางเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit : Hct) ๓๓ เปอร์เซ็นต์ เกล็ดเลือด ๕๒,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร แพทย์พิจารณาให้จอง Pack Red Cell (PRC) ๒ unit, Fresh Frozen Plasma (FFP) ๒ unit และ Platelet ๑๐ unit ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้นและใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ อัตราการหายใจ ๒๘ ครั้งต่อนาที ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๒ เปอร์เซ็นต์ แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ได้ยานำสลบ คือ Fentanyl ๕๐ ไมโครกรัม, Etomidate ๘ มิลลิกรัม และ Succinylcholine ๗๕ มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ใส่ Endotracheal tube No.๘ deep ๒๒ เซนติเมตร ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๔๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๕๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นและมีภาวะหายใจล้มเหลว (Upper gastrointestinal bleeding with Respiratory failure) ต้องรับตัวไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๐๒.๕๕ น.

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

แพทย์วางแผนตรวจรักษาโดยส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ในวันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๒.๓๐ น. โดยทำ bed side พยาบาลห้องส่องกล้องเยี่ยมประเมินด้านร่างกาย (พบผู้ป่วยมีภาวะตับแข็งและความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงเป็นโรคร่วม) และประเมินด้านจิตใจที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อวางแผนการพยาบาล เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และยา ในการทำหัตถการส่องกล้อง ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมระยะก่อนส่องกล้อง ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคเลือดออกในทางเดินอาหารและการส่องกล้องกระเพาะอาหาร ให้การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ รับฟังอย่างสนใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้บอกถึงความวิตกกังวล ปัญหาต่างๆ พร้อมทั้งตอบคำถาม ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ด้วยท่าทีที่สงบและสุขุม ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรมที่แสดงออก พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันค้นหาแนวทางที่จะช่วยผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดสิ่งเร้าอารมณ์หรือสิ่งกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเต็มที่ สร้างความเข้าใจการส่องกล้อง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่ากล้องส่องตรวจที่ใช้ส่องเข้าไปในปาก เพื่อตรวจอวัยวะตั้งแต่หลอดคอ หลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มีเลนส์ติดอยู่ที่ส่วนปลายเชื่อมต่อทีวี แสดงภาพการส่องตรวจระบบทางเดินอาหาร ทำให้มองเห็นพยาธิสภาพของโรคทางเดินอาหารได้ชัดเจน มีปุ่มควบคุมการทำงานของกล้องในการเลี้ยวซ้ายขวาหรือปรับกล้องขึ้นลง เชื่อมต่อเครื่องบันทึกภาพและสามารถถ่ายภาพออกมาได้ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพ สามารถรักษาให้เลือดหยุดโดยใส่อุปกรณ์ผ่านกล้องได้โดยไม่ต้องผ่าตัด เมื่อพบจุดที่เลือดออก แผลหรือก้อนเนื้อ แพทย์จะทำการรักษา เช่น ฉีดยาห้ามเลือด การรัดเส้นเลือดโป่งพอง หรือหากพบก้อนเนื้อผิดปกติจะตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ก่อนส่องกล้องจะทำการพ่นยาชาที่คอ ก่อนเพื่อลดความเจ็บปวด ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อน ขณะและหลังส่องกล้อง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ และลดความวิตกกังวลลงได้ เช่น การดูแลผู้ป่วยขณะส่องกล้องว่าจะมีแพทย์และพยาบาลให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ขณะส่องกล้อง ให้ข้อมูลการงดน้ำงดอาหารก่อนส่องกล้อง ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สิ้นสุดสิ้น มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเลือดออกในทางเดินอาหารและการตรวจรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น แพทย์ให้ ติดตาม Hct ทุก ๖ ชั่วโมง พบว่าผล Hct ๒๙ เปอร์เซ็นต์ Platelet ๒๑,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิลิตร ดูแลให้ Pack Red Cell (PRC) ๑ unit และ Platelet ๖ unit และ Leukocyte Poor Red Cell (LPRC) ๒ unit ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือดและเกล็ดเลือด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ให้การพยาบาลโดยประเมินภาวะเลือดออกเพิ่ม สังเกตอาการอ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก ตัวเย็น เหนื่อยง่าย ประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๔ ชั่วโมง ติดตาม Hct ทุก ๖ ชั่วโมง ผล Hct ๓๑ เปอร์เซ็นต์ Platelet ๓๐,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร พยาบาลประเมินซ้ำก่อนส่งกล้องประเมินผู้ป่วยเป็นประเภท high risk แรกได้รับรู้สึกตัวดี E_cV_TM_b อุณหภูมิ ๓๗.๔ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๒ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๙/๙๕ มิลลิเมตรปรอท ปริมาณความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ โดยเริ่มการส่องกล้อง bed side เวลา ๑๒.๔๐ น. และสิ้นสุดการตรวจ เวลา ๑๓.๕๗ น. โดยพ่นยาชาที่คอ เพื่อให้เกิดอาการชาบริเวณ ช่องปาก คอ เมื่อพ่นยาชาเสร็จ ให้ผู้ป่วยกลืนซ้ำๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสำลัก ยาชาลงปอด สังเกตอาการข้างเคียงหลังพ่นยา จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย หลังจากนั้นแพทย์จะใส่อุปกรณ์ ป้องกันการกัดกล้องที่ปาก (Mouth guard) โดยอุปกรณ์ชิ้นนี้จะมีรูเปิดไว้สำหรับให้กล้องผ่านลงไปได้ แพทย์ ทำการสอดใส่กล้องเข้าไปในปาก ปลดปล่อยให้น้ำลายไหลออกมปากไม่กลืนเพราะจะทำให้สำลัก เมื่อกล้องเข้าสู่กระเพาะอาหารจะรู้สึกแน่นท้องเพราะแพทย์เป่าลม ส่งเครื่องมือ และ Band Ligator พร้อมช่วยประกอบ เข้ากับกล้องและส่งให้แพทย์ ทำการรัด Esophageal variceal band ligation (EVL) พยาบาลคอยสังเกตใน monitor ว่าแพทย์ได้ทำ banding ไปแล้วก็ตามตำแหน่ง ช่วยบอกแพทย์ว่ายังมีเหลือที่ปลาย Scope อีกกี่อัน ขณะที่แพทย์ทำการส่องตรวจ พยาบาลจะต้องสังเกตอาการของผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ถ้าพบมีอาการ ผิดปกติต้องรายงานแพทย์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และดูแล airway ตลอดการทำ หัตถการ เมื่อผิดปกติรายงานแพทย์และทีมทราบ และบันทึกภาพผลการส่องกล้อง เมื่อการส่องตรวจเสร็จ แพทย์ดึงกล้องออกจากผู้ป่วยแล้วส่งให้พยาบาลเพื่อทำความสะอาดต่อไป ดูแล mouth care สอบถาม อาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ข้อมูลผลการส่องตรวจรักษาและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติ พร้อมส่งต่อข้อมูล อาการ และหัตถการผู้ป่วยที่ได้รับให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เมื่อส่องกล้อง เสร็จ เก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ ล้างกล้อง ตามมาตรฐานการล้างกล้องและมาตรฐานการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ ผลการตรวจพบเลือดออกจากหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหาร (Esophageal varices : EV) ได้รับการรักษาโดยการใส่ยางรัด หรือ rubber band ไปผูกหลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณหลอดอาหาร. (Esophageal variceal band ligation : EVL) ๔ เส้น ขณะตรวจผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ไม่พบ ภาวะแทรกซ้อน จากการประเมินสภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E_cV_TM_b สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๒/๘๔ มิลลิเมตรปรอท ปริมาณ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙ เปอร์เซ็นต์ พยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง ได้แก่ ภาวะหลอดอาหารและกระเพาะอาหารทะลุ (perforation) ภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร (re-bleeding) ภาวะติดเชื้อ (infection) และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น ท้องอืด บวม ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือดดำหรือแดง เป็นต้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก ๔ ชั่วโมง ถ้าพบความดันโลหิตต่ำกว่า ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท หรืออัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า ๑๒๐ ครั้งต่อนาที ให้รายงานแพทย์ และติดตาม Hct ทุก ๘ ชั่วโมง ถ้า Hct ลดลงมากกว่า ๓ เปอร์เซ็นต์ ให้รายงานแพทย์ ผู้ป่วยรายนี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ติดตามผล Hct ได้ ๓๑ เปอร์เซ็นต์ Platelet ๔๒,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ดูแลให้ยา Pantoprazole และยา Octreotide จนครบ ๗๒ ชั่วโมง แพทย์ให้อาสาสายยางทางจมูก (NG tube) ออก และให้ดื่มน้ำและอาหารทางปากต่อจนครบ ๗๒ ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่เหนื่อย แพทย์พิจารณาให้อาาที่ช่วยหายใจออก และเริ่มจิบน้ำรับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อนได้ ไม่มีอาการสำลัก ผู้ป่วยไม่มีอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ไม่ปวดท้อง พักผ่อนได้ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีเลือดออกซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนะนำรับประทานอาหารอ่อนอย่างง่าย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด รับประทานยาให้ครบ ห้ามลดหรือหยุดยาเอง งดสุรา หลีกเลี่ยงยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหาร เช่น ยาแก้ปวด แนะนำให้มาตรวจตามนัด หากมีอาการปวดท้อง จุกแน่นท้อง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ควรมาพบแพทย์ทันที จากการประเมิน สอบถาม ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและมีแนวคิดในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้วันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ๑๕ วัน และนัดติดตามการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของผลงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน ๑ ราย

๕.๒ ผลสำเร็จของผลงานเชิงคุณภาพ

ระยะก่อนส่องกล้อง

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Shock จากการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร
๒. ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ
๓. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีดและเกล็ดเลือดต่ำจากการมีเลือดในทางเดินอาหาร
๔. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลงเกี่ยวกับโรคและการส่องกล้อง

ระยะขณะส่องกล้อง

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกจากการผิดปกติขณะส่องกล้อง
๒. ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อจากการส่องกล้อง
๓. ผู้ป่วยไม่เกิดการอันตรายจากการสำลักขณะส่องกล้อง

ระยะหลังส่องกล้อง

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร
๒. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลงเกี่ยวกับภาวะของโรค มีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อ

กลับไปอยู่ที่บ้านและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น

๖.๒ ใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้สำหรับพยาบาล นักศึกษาพยาบาล และผู้สนใจทั่วไป

๖.๓ ใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น

๖.๔ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการหายใจเหนื่อย หายใจเองไม่ได้ จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ต้องได้รับการส่องกล้องตรวจรักษา ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหา hypovolemic shock จากการเสียเลือดในทางเดินอาหารขึ้นได้ การประเมินและแก้ไขภาวะ shock จึงถือเป็นสิ่งสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งเรื้อรัง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว ไม่มารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด มีการขาดยาและคิดว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้ว จึงกลับไปดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำด้วยเรื่องอาเจียนเป็นเลือดบ่อยครั้ง จนมีอาการท้องโตมากขึ้น เหนื่อยและหายใจเองไม่ได้ตั้งนั้นต้องมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและปรับตัวให้สนองตอบกับบทบาทการเป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งเรื้อรัง ต้องดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค และมีการปรับตัวในด้านต่างๆ ให้เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำอีก

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การประเมินและแก้ไขภาวะ shock เป็นสิ่งสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งก่อนได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น โดยประเมินอาการช็อก ได้แก่ อาการเหงื่อออก หน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัว และบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก ๑๕ นาที จำนวน ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที จำนวน ๒ ครั้ง หลังจากนั้นเป็นทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ติดตามผล Hct และ Platelet เพื่อประเมินภาวะเสียเลือด ดูแลให้เลือดและเกล็ดเลือด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนการส่องกล้องทุกครั้ง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาภายหลัง

๙.๒ พยาบาลหน่วยส่องกล้องต้องมีความรู้ ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล การประเมินค้นหาปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ให้ครอบคลุมเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีโรคตับแข็งเป็นโรคร่วม ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการเพื่อให้เลือดหยุด พยาบาลต้องมีความรู้ในการเลือกใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานและมีทักษะมีความชำนาญ คล่องแคล่ว รวดเร็วในการใช้เครื่องมือให้สัมพันธ์กับแพทย์ในการรักษาให้เหมาะสม จึงทำให้เลือดหยุดได้ โดยผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ ต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้านวิชาการ สารสนเทศ เครื่องมือ อุปกรณ์เทคโนโลยีให้ทันสมัย ต้องมีความรู้ดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อมใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการทำหัตถการส่องกล้องรวมถึงการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน

๙.๓ ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการส่องกล้องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างความรู้ทางวิชาการและแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ได้มาตรฐานและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวศรัณญา สารคำ สักส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*ศรัณญา สารคำ*.....

(นางสาวศรัณญา สารคำ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ *30* เดือน *พฤษภาคม* พ.ศ. *2566*.....

(ผู้ขอประเมิน)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นางสาวศิริรุ่ง แซ่คู)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษ)

วันที่ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ลงชื่อ..... 

(นางจารุณี ตั้งใจรักการดี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

วันที่ 23 เดือน ก.พ. 2567 พ.ศ.

ลงชื่อ..... 

(นายจิตตรัตน์ เตชวุฒิมพร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

วันที่ 25 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนต้นที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเป็นภาวะโรคทางเดินอาหารฉุกเฉินที่พบได้บ่อย ในสหรัฐอเมริกาพบประมาณ ๓๖-๑๐๒ ราย ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ ราย (National institutes of health, ๒๐๑๖) ภาวะนี้มักพบในผู้ป่วยสูงอายุโดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอัตราการเสียชีวิตสำหรับภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ประมาณร้อยละ ๑๐ อัตราการเสียชีวิตจะสูงขึ้นมากถ้าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในขณะที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าการรักษาในปัจจุบันทั้งการรักษาด้วยการส่องกล้องและการใช้ยาจะได้ผลดี ทำให้การเกิดเลือดออกซ้ำและอัตราการผ่าตัดลดลง แต่ก็ยังไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราการเสียชีวิตมากนัก จากสถิติการให้บริการของห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลหัวหิน พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophago gastroduodeno scopy : EGD) มีจำนวน ๓๕๕, ๔๘๐ และ ๕๗๖ ราย ตามลำดับ และได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง (Esophago gastroduodeno scopy + Endoscopic variceal band ligation : EGD + EVL) พบจำนวน ๑๒, ๑๕ และ ๓๑ ราย ตามลำดับ การวินิจฉัยโรคและการรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมีหลายวิธี แต่วิธีที่นิยม คือ การส่องกล้องและทำ Endoscopic variceal band ligation (EVL) ปัจจุบันการทำ EVL ถือเป็นตัวเลือกแรกของการรักษาด้วยการส่องกล้อง ดังนั้น จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลในหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร ใช้เป็นคู่มือหรือแนวทางในการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ได้อย่างครบถ้วนเป็นแนวทางเดียวกันและสามารถดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการดังกล่าว ได้อย่างครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ต้องอาศัยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลการตรวจวินิจฉัยจากการส่องกล้อง พยาบาลต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ต้องประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการจัดการดูแลตนเอง ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การพยาบาลก่อนการส่องกล้องเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และมั่นใจในการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้อง

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)
(ระดับชำนาญการ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

บทวิเคราะห์ (ต่อ)

ขณะส่องกล้องพยาบาลต้องมีความรู้เรื่องกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิสภาพของโรคเป็นอย่างดี มีการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการส่องกล้อง รวมถึงการทำหัตถการต่างๆ เพื่อหยุดเลือดที่ทำให้การส่องกล้องสำเร็จจลุล่วงไปด้วยดี รวดเร็ว และปลอดภัย รวมถึงการรักษาความสะอาดและบำรุงรักษาให้พร้อมใช้งานและการพยาบาลหลังส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

แนวความคิด

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนต้นที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหาร ที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (Gastroscopy) กรณีศึกษาการรักษาเส้นเลือดโป่งพองโดยวิธีการรัดยาง (Banding ligation) สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหารหรือบุคลากรอื่นๆ ที่สนใจ มีความรู้ในเรื่องของกายวิภาค สาเหตุของโรค อาการแสดง ขั้นตอนในการตรวจรักษาวิธีการปฏิบัติพยาบาล รวมทั้งจะต้องรู้จักวิธีบำรุงรักษา และทำลายเชื้อเพื่อให้เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้คงประสิทธิภาพที่ดี ปลอดภัย พร้อมใช้งาน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหาร ที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง ได้รับบริการที่ดีที่สุด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลหัวหินมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานยิ่งขึ้น

ข้อเสนอ

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนต้นที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง ของห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลหัวหิน
ขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้

๑. ประชุมและขอความร่วมมือบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานส่องกล้องทางเดินอาหาร เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนต้นที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง

๒. ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานในการทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนต้นที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง

๓. ศึกษารวบรวมข้อมูลและกำหนดเนื้อหาแบบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนต้นที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

(ระดับชำนาญการ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ข้อเสนอ (ต่อ)

๔. จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดเลือดอาหารส่วนต้นที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง

๕. นำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดเลือดอาหารส่วนต้นที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

๖. ให้บุคลากรในหน่วยงานนำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดเลือดอาหารส่วนต้นที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง ไปทดลองปฏิบัติ

๗. ติดตามประเมินผลความพึงพอใจและนำมาพัฒนาแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น	แนวทางแก้ไข
ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อมารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน จึงทำให้ไม่อยากส่องกล้อง	๑. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ และประเมินความวิตกกังวลและความรู้ความเข้าใจต่อการเข้ารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ๒. ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ๓. เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจและอธิบายซ้ำในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจจนกระทั่งเข้าใจ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ใช้เป็นเอกสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการแก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานส่องกล้องทางเดินอาหาร

๔.๒ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดเลือดอาหารส่วนต้นที่มารับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)
(ระดับชำนาญการ)

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ พยาบาลในหน่วยงานส่งกล้องทางเดินอาหาร มีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารที่มารับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยาง ร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ พยาบาลในหน่วยงานส่งกล้องทางเดินอาหาร สามารถประเมินวางแผนและส่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารที่มารับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธีการรัดยางได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ ๑๐๐

ลงชื่อ..... *อรุณา สารคำ*

(นางสาวศรีธัญญา สารคำ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้ขอประเมิน

วันที่ 19 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวศรัณญา สารคำ

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	16
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	24
๓. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	25
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	8
๕. อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	8
รวม	๑๐๐	82

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

() เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....() ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

(นางสาวศิริรุ่ง แซ่คู)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษ)

วันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

(นางจรรุณี ตั้งใจรักการดี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

วันที่ 3 เดือน ก.พ. 2567 พ.ศ.....

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล (ต่อ)

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อผู้ประเมิน..... 

(นายจิตตรัตน์ เตชวุฒิมพร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

วันที่ ๒๕ เดือน ๕ พ.ศ. ๒๕๕๖

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- () ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐
 () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อผู้ประเมิน..... 

(นายกิตติพงษ์ สุขภาคกุล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ตำแหน่ง ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วันที่ ๒๕ เดือน มิ.ย. ๒๕๕๖ พ.ศ.

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลหัวหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ลำดับที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ	
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม			
๒	นางสาวรัชฎาพร สนธิ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๗๔๒๐	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๗๔๒๐	เลื่อนระดับ	
						ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้อในปอด (Lung cancer) : กรณีศึกษา" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การเพิ่มประสิทธิภาพการรับ-ส่งเวรโดยใช้หลัก ISBAR" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"	๑๐๐%

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้อในปอด (Lung cancer) : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาการดำเนินการ กันยายน พ.ศ. 2566 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ก้อนเดี่ยวในปอด (Solitary Pulmonary Nodule)

ก้อนในปอด (pulmonary nodule หรือ coin lesion) หมายถึงก้อนที่พบในปอดเพียงก้อนเดียว และมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร ล้อมรอบด้วยเนื้อเยื่อปอด โดยไม่พบลักษณะ atelectasis หรือ adenopathy เนื่องจากก้อนที่มีขนาดใหญ่มากกว่า 3 ซม ส่วนใหญ่มักเป็นมะเร็งปอด ดังนั้นการดูแลรักษาก้อนที่มีขนาดใหญ่กว่า 3 ซม. หรือเรียกว่า pulmonary mass ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและผ่าตัดทุกรายถ้าอยู่ในระยะที่ผ่าตัดได้

ก้อนเดี่ยวในปอดนั้นอาจจะเป็นจากโรคที่ไม่ร้ายแรงจนถึงมะเร็งปอดอุบัติการณ์ของการพบก้อนในปอดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบได้ร้อยละ 0.09 ถึง 0.2 ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการและตรวจพบโดยบังเอิญ นอกจากนั้นยังพบว่าร้อยละ 20 ถึง 30 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดมาพบแพทย์ครั้งแรกด้วยก้อนในปอด และถ้าได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจะพบว่าอัตราการมีชีวิตรอด 5 ปี ร้อยละ 40 ถึง 80 แต่ถ้าก้อนในปอดนั้นไม่ใช่มะเร็งปอดการนำผู้ป่วยไปผ่าตัดก็จะทำให้ morbidity และ mortality ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นโดยไม่มีผลจำเป็นปัจจุบันจึงมีวิธีการตรวจวินิจฉัยเพื่อบอกโอกาสของการเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงหรือมะเร็งปอดของก้อนในปอด และมีวิธีการผ่าตัดเพื่อลด morbidity และ mortality ของผู้ป่วย

สาเหตุของก้อนในปอด

สาเหตุใหญ่ๆ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ benign และ malignant processes อุตติการณ์ของก้อนในปอดที่สาเหตุมาจากมะเร็งมีรายงานตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึง 68 ในกลุ่มของ benign lesions พบว่าร้อยละ 80 เป็นจาก infectious granuloma ร้อยละ 10 เป็นจาก hamartoma และอีกร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นจากภาวะอื่น ๆ ซึ่งพบได้น้อยในกลุ่มของ malignant lesion ส่วนใหญ่เป็นจาก bronchogenic Carcinoma โดยเฉพาะ cell type adenocarcinoma และน้อยกว่าร้อยละ 5 ถึง 10 ของก้อนในปอดเป็นจากมะเร็งที่อื่นแพร่กระจายมาที่ปอด

ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ที่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งได้แก่

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนที่ทำให้เกิดมะเร็งปอดได้ แต่มีปัจจัยบางประการที่อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปอด ได้แก่

1. บุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงและเป็นสาเหตุที่สำคัญ ที่สุดของโรคมะเร็งปอด ซึ่งจากการวิจัยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ และผู้ที่ต้องสูดดมควันบุหรี่ ของผู้อื่น (passive smoker) ก็เสี่ยงต่อการเป็น โรคมะเร็งปอดด้วยเช่นกัน ซึ่งในควันบุหรี่มี สารประกอบมากกว่า 4,000 ชนิด และในจำนวนนี้มีประมาณ 60 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งเป็น ตัวกระตุ้นและตัวส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งปอด ได้แก่ ทาร์นิโคติน และคาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นต้น เมื่อได้รับควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<p>ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน</p> <p>3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p> <p>ประมาณ ร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอดจากนั้นสารพิษ ที่เป็นองค์ประกอบของทาร์จะไปมีผลต่อดีเอ็นเอ ภายในเซลล์ เช่น ทำให้ดีเอ็นเอเกิดการกลายพันธุ์ ส่งผลให้เซลล์นั้นกลายเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด</p> <p>2. ความเสี่ยงทางพันธุกรรม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดบางส่วนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ และประกอบกับมีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดบางส่วนที่มีประวัติโรคมะเร็งปอดในครอบครัว โดยมีการศึกษาที่บ่งชี้ว่าลูกของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจะมีโอกาส เกิดโรคมะเร็งปอดได้สูงจึงทำให้เชื่อว่า พันธุกรรมของคนมีผลต่อการเกิดมะเร็งปอด</p> <p>3. การสัมผัสสารก่อโรคจากการทำงาน และสิ่งแวดล้อม การได้รับสารพิษและมลภาวะจากการทำงานและในสิ่งแวดล้อมนอกจากควันบุหรี่ ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดได้เช่นกัน สารต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ แอสเบสตอส (asbestos) ก๊าซเรดอน (radon) สารหนู ริงสี และสารเคมีอื่นๆ รวมถึงฝุ่นและไอระเหยจากนิกเกิล โครเมียม และโลหะอื่นๆ</p> <p>4. โรคมะเร็งปอดบางชนิด มี รายงานอุบัติการณ์ของการเกิด โรคมะเร็งปอดบ่อยขึ้น ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดบางชนิด เช่น Idiopathic interstitial pulmonary fibrosis พบว่าจะเกิด adenocarcinoma ได้บ่อยขึ้นในผู้ป่วย sarcoidosis จะมีโอกาสเกิดมะเร็งปอด เพิ่มขึ้นได้ 3 เท่า เช่นเดียวกับในรอยโรคเก่าของวัณโรคปอดพบว่ามีโอกาสกลายเป็น adenocarcinoma ได้ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดได้มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณที่เท่ากัน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากการที่หลอดลมในผู้ป่วยโรคนี้อาจมีการ เปลี่ยนแปลงทำให้สารก่อมะเร็งในบุหรี่มีโอกาส สัมผัสกับหลอดลมได้นานขึ้น ซึ่งนอกจากนี้ยังมีบางโรคที่เกิดจากการหายใจเอาสารแร่เข้าไปในปอด อาจมีโอกาสมะเร็งมากขึ้น เช่น โรคมะเร็งซิลิโคซิส (pulmonary silicosis)</p> <p>5. กัญชา (Marijuana) บุหรี่กัญชาจะมีน้ำมันดิบปนมากกว่าบุหรี่ยธรรมดา และยังมีสารอื่นที่ทำให้เกิดมะเร็งร่วมอยู่ด้วย ยิ่งกว่านั้นผู้สูบกัญชามากสุดควันทันเข้าไปลึก และกลั่นหายใจค้างไว้ทำให้วันถึงปอดได้มากกว่า จึงมีโอกาสมะเร็งปอดได้มากขึ้น</p> <p>พยาธิวิทยาโรคมะเร็งปอด แตกต่างกันตามชนิดของ เซลล์มะเร็ง ซึ่งการแบ่งชนิดของโรคมะเร็งปอดโดยทั่วไปมักใช้ WHO histological classification ออกเป็นชนิดย่อย ได้แก่ adenocarcinoma, squamous cell carcinoma, adenosquamous carcinoma, large cell carcinoma, bronchoalveolar cell carcinoma small cell carcinoma, sarcomatoid carcinoma และ carcinoid tumor เป็นต้น ซึ่ง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ตามลักษณะพยาธิวิทยา ได้แก่</p> <p>1. Non small cell lung cancer (NSCLC) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 85 ของ โรคมะเร็งปอดทั้งหมด โดยเจริญเติบโตช้ากว่า และแพร่กระจายช้ากว่า ที่พบบ่อย ได้แก่</p> <p>1.1 Squamous cell carcinoma เป็นมะเร็งเยื่อหุ้มของหลอดลมที่มี intercellular bridge และมีการสร้าง keratin มะเร็งชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เป็นอย่างมาก ตำแหน่งที่เกิดก่อนมะเร็งพบบ่อยที่สุดบริเวณหลอดลมส่วนต้น</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.2 Adenocarcinoma เป็นมะเร็งปอดที่เซลล์มีการจัดเรียง ตัวเป็น gland หรือมีการสร้างสาร mucin เป็น ชนิดที่พบบ่อยที่สุดในโรคมะเร็งปอด

1.3 Large cell carcinoma เป็นเซลล์มะเร็งที่มีขนาดใหญ่และไม่ มีพัฒนารูปร่างไปเหมือนกับเซลล์ชนิดอื่น การเกิดมะเร็งสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ตำแหน่งที่เกิดก้อนมะเร็งพบที่ส่วนกลางหรือบริเวณชายปอด และมักลุกลามไปยังเยื่อหุ้มปอด ผนังหน้าอก และรอบข้าง

1.4 Adenosquamous carcinoma เป็นเซลล์มะเร็งที่มีลักษณะก้ำกึ่งระหว่าง adenocarcinoma และ squamous cell carcinoma การย้อมพบการติดสีเข้าได้กับมะเร็งทั้งสองชนิด

2. Small cell lung cancer (SCLC) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 15 จะเจริญเติบโตเร็ว และแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว เมื่อตรวจพบโรคมักลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง และแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด แล้วจึงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่าง รวดเร็ว ประกอบไปด้วยเซลล์ขนาดเล็ก ซึ่งเกิดจาก เซลล์ Neuroendocrine cell ที่สามารถสร้าง ฮอร์โมนและสารเคมีต่างๆ ได้หลายชนิด

อาการและอาการแสดง

solitary pulmonary nodule คือก้อนในปอดที่ตรวจได้จากการถ่ายภาพรังสีส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการ จะพบได้โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก มักจะเกิดกับกรณีตรวจสุขภาพหรือเอกซเรย์ก่อนผ่าตัด ถ้าหากก้อนเนื้อพัฒนาขึ้นกลายเป็นมะเร็ง ระยะแรกมักจะไม่มีอาการ แต่เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้นก็จะมีอาการ แต่ก็มักไม่จำเพาะทำให้เกิดการวินิจฉัยที่ล่าช้า มีผลต่อระยะของโรคที่ลุกลามหรือแพร่กระจายไปมาก อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไอ เหนื่อย เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด และเสียงแหบ เป็นต้น ซึ่งแสดงอาการที่นำผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมาพบแพทย์ ส่วนมากแล้วผู้ป่วยมักเริ่มด้วยอาการทางหายใจเกิดขึ้นใหม่ และเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนน้อยลงไปจะไม่มีอาการ และตรวจพบโดยบังเอิญจากการที่มีเอกซเรย์ปอดผิดปกติจากการตรวจสุขภาพประจำปี บางครั้งก็พบว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการข้างเคียงที่ไม่จำเพาะของโรคมะเร็ง เช่น อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ อ่อนเพลีย เป็นต้น หรืออาจจะมาพบแพทย์จากอาการของการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการ และอาการแสดงของมะเร็งปอด ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัย และวางแผนการรักษาได้ แต่ในผู้ที่ไม่มีอาการอาจต้องเฝ้าระวังการตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติม

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory tests) โดยการตรวจเนื้อเยื่อ เลือด ปัสสาวะ หรือ สารอื่นๆ ซึ่งการตรวจเหล่านี้สามารถช่วยในการ วินิจฉัย วางแผนการรักษาโรค หรือติดตามการ รักษาได้

3. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) โดยการถ่ายภาพท่า postero-anterior view และ lateral view ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะสามารถทราบถึงขนาดของก้อนมะเร็งได้และยังบอกตำแหน่งของก้อนมะเร็งได้ด้วย นอกจากนี้ยังให้ข้อมูลเบื้องต้น ที่บ่งบอกถึงการลุกลามของเนื้องอกในทรวงอก เช่น น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ปอดแพบ ต่อม น้ำเหลืองโต เป็นต้น แต่สำหรับพยาธิสภาพที่ เล็กกว่า 2-3 มิลลิเมตร จะไม่สามารถตรวจพบได้

4. การถ่ายภาพด้วยเครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์(Chest CT scan) สามารถใช้ดูขนาดและตำแหน่งของก้อน อย่างละเอียดได้และยังสามารถตรวจพบ nodule ขนาดเล็กได้ นอกจากนี้ยังใช้ดู mediastinum และผนังทรวงอกโดยเฉพาะการกระจายของมะเร็ง ได้อีกด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษา โดยเฉพาะการผ่าตัด

5. การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI)

6. การตรวจ Positron-Emission Tomography (PET scan) การใช้ PET scan โดยใช้สาร fluorodeoxyglucose สามารถหาเซลล์มะเร็งได้

7. การตรวจ Sputum cytology เป็นการตรวจที่ invasive น้อยที่สุดได้ผลดีในกรณี central lesion และผู้ป่วยที่มาด้วยไอเป็นเลือด

8. การส่องกล้องหลอดลม (Bronchoscopy) เป็นวิธีที่ถูกเลือกใช้มากที่สุดเนื่องจาก ประหยัดและมีความ invasive น้อยสามารถให้การ วินิจฉัยได้ดี โดยการส่องกล้องหลอดลมแล้วนำน้ำล้างปอด ขึ้นเนื้อ และต่อมน้ำเหลืองมาตรวจทางพยาธิวิทยา

9. การตรวจ Transthoracic needle aspiration (TTNA)

10. การตรวจช่องกลางทรวงอกโดยการ ส่องกล้อง (Mediastinoscopy)

การรักษาด้วยการเปิดทรวงอก (Thoracotomy)

1. การผ่าตัดเปิดช่องทรวงอก (exploratory thoracotomy)เป็นการลงแนวผ่าตัดที่ผนังทรวงอกเพื่อการรักษา และวินิจฉัยโรค เช่น ตรวจหาบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีเลือดออก หรือตรวจดู และส่งชิ้นเนื้อส่งตรวจกรณีที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง เป็นต้น

2. การผ่าตัดปอดออก (resectional pulmonary surgery) ซึ่งเป็นการผ่าตัดปอดออกบางส่วน หรือทั้งหมด ได้แก่

2.1 การผ่าตัดออกทั้งข้าง (pneumonectomy) เป็นการผ่าตัดปอดข้างใดข้างหนึ่งออกทั้งข้าง มักทำในกรณีผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอด วัณโรคที่กระจายทั่วทั้งข้าง

2.2 การผ่าตัดกลีบปอดออก (lobectomy) เป็นการผ่าตัดกลีบปอดที่มีพยาธิสภาพออกมักทำในกรณีผู้ป่วยเป็นฝีในปอด (lung abscess) มะเร็งปอด การติดเชื้อราที่ปอด และการบาดเจ็บต่อกลีบปอด ภายหลังผ่าตัดอาจเกิดลมชนิดที่ไม่ใช่พยาธิสภาพ (nonpathologic emphysema) ได้เนื่องจากมีการขยายตัวของเนื้อเยื่อปอดที่เหลืออยู่แทนที่ช่องว่างส่วนที่กลีบปอดถูกตัดออกไป และภายหลังผ่าตัดแพทย์มักใส่ท่อระบายทรวงอก

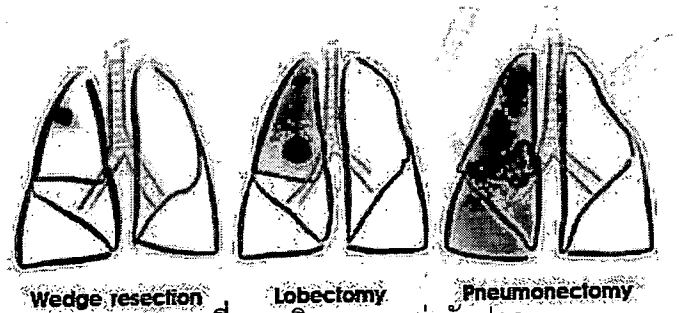
2.3 การผ่าตัดส่วนของปอดออก (segmental resection) เป็นการผ่าตัดส่วนของปอดที่มีพยาธิสภาพออกมักทำในกรณีที่มีความผิดปกติเฉพาะที่ส่วนของปอดส่วนใดส่วนหนึ่ง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2.4 การผ่าตัดแบบรูปลิ้ม (wedge resection) เป็นการผ่าตัดเนื้อเยื่อปอดส่วนเล็กๆเฉพาะบริเวณที่มีพยาธิสภาพบริเวณใกล้เคียงปอดในลักษณะเป็นรูปลิ้มภายหลังการผ่าตัด ปอดยังคงทำหน้าที่ได้ตามปกติ เนื่องจากส่วนที่ถูกผ่าตัดออกไปมีขนาดเล็ก



ภาพที่ 1: ชนิดของการผ่าตัดปอด

ที่มา: มะเร็งกับการผ่าตัดปอด, พ.ศ. 2561.

การพยาบาลผู้ป่วย Thoracotomy

1. การจัดทำนอนในระยะแรกหลังผ่าตัด จัดให้นอนหงายราบเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการหายใจลึกๆและขับเสมหะออก
 - 1.1 ผู้ป่วยที่ผ่าตัดปอดออกเป็นบางส่วน (Lobectomy) จะแนะนำให้นอนตะแคงทับข้างที่ไม่ได้ผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของเนื้อปอดที่เหลืออยู่ของข้างที่ทำผ่าตัด
 - 1.2 ผู้ป่วยที่ผ่าตัดปอดทั้งข้าง (Pneumonectomy) ควรจัดให้นอนหงายหรือตะแคงทับข้างที่ทำการผ่าตัด การนอนตะแคงทับข้างทำการผ่าตัดจะช่วยป้องกันการสะสมเสมหะ และลดการเกิดการระคายเคืองอากาศที่น้อยกว่าปกติของปอดที่เหลือนอกจากนี้จะช่วยพยุงบริเวณที่มีแผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนป้องกันการเคลื่อนของหลอดลมด้วย
2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนด้วยเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและมีการระบายเสมหะเป็นอย่างดีโดยการดูดเสมหะหรือเคาะปอด พลิกตะแคงตัว
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ดูแลให้ระบบท่อระบายทรวงอกทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและหายใจลึกๆ เพื่อช่วยเพิ่มความดันภายในช่องเยื่อหุ้มปอด และลดเสมหะจากหลอดลม ช่วยทำให้ปอดขยายตัวดี ป้องกันปอดแฟบ
7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อไหล่โดยหมุนแขน และยกแขนข้างเดียวกับด้านที่ผ่าตัดขึ้นเหนือศีรษะอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อวันเพื่อป้องกันการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และมีท่าทางการทรงตัวที่ผิดปกติ
8. แนะนำผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านให้หลีกเลี่ยงการยกของหนัก จนกระทั่งแผลหายดีซึ่งปกติจะใช้เวลาประมาณ 3-6 เดือน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 46 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ปฏิเสธโรคประจำตัว อาการสำคัญมาด้วย 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจสุขภาพประจำปีผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของทรวงอกพบ เป็นก้อนที่ปอดซ้ายด้านล่าง แพทย์จึงนัดนอนโรงพยาบาลวันที่ 6 พฤศจิกายน 2666 เพื่อทำการผ่าตัดก้อนเนื้อในปอดด้วยการเปิดทรวงอก เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาการแรกรับรู้สึกตัวดี วัดสัญญาณชีพได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/74 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์

แผนการรักษาของแพทย์ให้ตรวจแล็บก่อนการผ่าตัด, งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน, ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1000 ml IV 80 ml/hr จอง PRC 2 U, FFP 2U เตรียมอุปกรณ์ ICD ไปห้องผ่าตัด ดูแลเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ให้การพยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด Left Thoracotomy Wedge Resection of lung nodule นำสลบด้วยวิธีการดมยาสลบ ใส่ท่อช่วยหายใจ เสียโลหิต 20 มิลลิลิตร ระยะเวลาการผ่าตัด 55 นาที หลังผ่าตัดผู้ป่วยตื่นดี หายใจได้เอง On O2 Cannula 3 LPM, On ICD ระบบ 3 ขวดต่อ suction pressure 50 mmHg ปวดบริเวณแผลผ่าตัด ประเมินระดับความปวด 3 คะแนน ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นสีเหลืองใส ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1000 ml IV 80 ml/hr ให้ยา Cefazolin 1 g IV q 6 hr, Morphine 3 mg IV prn q 4 hr, Beradual 1 nebule NB q 6 hr ให้ผู้ป่วยเริ่มทานรับประทานได้ มียารับประทาน Paracetamol (500) 1 tab oral prn q 4-6 hr, Fluimucil 1 ของ oral tid pc วัดสัญญาณชีพได้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/76 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ บันทึกปริมาณเลือดในท่อระบายทรวงอกทุก 8 ชั่วโมง หลังผ่าตัด V/S stable ดี หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดบริเวณแผลประเมินระดับความปวด 2 คะแนน สามารถนำออกซิเจนออกได้หายใจได้ไม่เหนื่อย ปริมาณเลือดในท่อระบายทรวงอกเป็นเลือดสีแดงจาง 140 ml/24 hr หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์ให้ถอดท่อระบายทรวงอกได้ และอนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยพร้อมกลับบ้านในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกในปอดที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 1 ราย คิดเป็น 100 %

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด
3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใส่สายระบายทรวงอก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน	
5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)	
4. ผู้ป่วยอาการปวดลดลงหลังได้รับการผ่าตัด	
5. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูร่างกาย หลังกลับบ้าน	
6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ	
เป็นแนวทางปฏิบัติ การพัฒนาทักษะความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมีก้อนเนื้อในปอดที่ได้รับการผ่าตัดและใส่ท่อระบายทรวงอกหลังการผ่าตัด	
7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ	
ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้อในทรวงอก หลังผ่าตัดมีการใส่สายระบายทรวงอก อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลขณะใส่สายระบายทรวงอกในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เพื่อให้ลม และเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย	
8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ	
ผู้ป่วยยังอยู่ในวัยทำงานร่วมกับได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ทำให้วิตกกังวลมาก ต้องอธิบายให้ข้อมูลหลายครั้ง ทำให้ใช้เวลาในการให้พยาบาลแต่ละครั้งเป็นเวลานาน	
9. ข้อเสนอแนะ	
ให้การพยาบาลผู้ป่วยใส่สายระบายทรวงอกให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีรูปภาพ,วิดีโอในการดูแลสายระบายทรวงอก การอธิบายพยาธิสภาพของโรค การพยาบาลติดตามสัญญาณชีพ ตำแหน่งสายระบาย ระดับน้ำในขวด ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยฝึกการบริหารปอดด้วยเครื่อง trifold และการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดด้วยการฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา	
10. การเผยแพร่ผลงาน	
ไม่มี	
11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	
ไม่มี	
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ	
ลงชื่อ	รศ.ชฎาพร ศรีศรี
	(นางสาวรัชฎาพร สนธิ)
	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	๑๑ เดือน กพ. พ.ศ. ๒๕๖๗
	ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<p>ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p> <p>ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ</p> <p>ลงชื่อ..... <i>ok ok</i></p> <p>(นางสาวสมจิตต์ สัตยาบรรพ)</p> <p>ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)</p> <p>หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง</p> <p>วันที่..... 29 ..เดือน..... กพ..... พ.ศ. 2567</p> <p>ลงชื่อ..... <i>[Signature]</i></p> <p>(นางจารุณี ตั้งใจรักการดี)</p> <p>ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)</p> <p>รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล</p> <p>วันที่..... 12 ..เดือน..... มี.ค. 2567</p> <p>ลงชื่อ..... <i>ok</i></p> <p>(นายจิตตรัตน์ เตชวุฒิมิตร)</p> <p>ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน</p> <p>วันที่..... 25 ..เดือน..... มี.ค..... พ.ศ. 2567</p>

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงผลงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการรับ-ส่งเวรโดยใช้หลัก ISBAR

2. หลักการและเหตุผล

เนื่องด้วยหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยในทุกกลุ่มโรคทางศัลยกรรมทุกเพศ ทุกวัย ให้มีความปลอดภัย ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพแบบองค์รวม มีจำนวนที่สามารถรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด 52 เตียง บุคลากรประกอบด้วยพยาบาล วิชาชีพจำนวน 15 คน การทำงานแบ่งเป็น 3 ผลัดๆ ละ 8 ชั่วโมง ได้แก่เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก มีการทำงานเป็นทีม โดยมีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีม รับผิดชอบวางแผนการพยาบาล และดูแลให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการผลิตเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานนั้น จะต้องมี การส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมการพยาบาล โดยมีการสื่อสารส่งต่อให้พยาบาลที่มา ปฏิบัติงานเวรต่อไป ได้ รับข้อมูลของผู้ป่วยที่เรียกว่า “การรับ-ส่งเวร” การรับส่งเวรทางการพยาบาลเป็นวิธีการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยจากพยาบาลเวรหนึ่ง ไปยังพยาบาลเวรถัดไป เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลที่ต่อเนื่อง และผู้ปลอดภัย การศึกษา โดยการสื่อสารด้วยวาจา ร่วมกับเขียนสรุปข้อมูลผู้ป่วยลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า กระบวนการการรับ-ส่งเวรของพยาบาลใช้ระยะเวลาค่อนข้างมาก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารส่งเวรที่ไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน ต่างคนต่างส่งขึ้นอยู่ กับประสบการณ์และ ความชำนาญของแต่ละบุคคล ส่งข้อมูลซ้ำซ้อน เสียเวลา การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ขาดความสนใจ ในขณะที่รับ - ส่งเวร รับเวรช้ากว่าเวลาที่กำหนด ซึ่งจากประเด็นดังกล่าว ส่งผลต่อการใช้ระยะเวลาในการส่งเวรค่อนข้างนาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การเยี่ยมตรวจผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์ผู้รักษา ทำให้เกิดความเข้าใจในแผนการรักษาที่ไม่ตรงกัน จากปัญหาและผลกระทบข้างต้น จึงเห็นถึงความสำคัญของกระบวนการหรือขั้นตอนในการลดระยะเวลาการรับ - ส่งเวร ของพยาบาล

ดังนั้นการนำหลัก ISBAR มาใช้ในการรับ-ส่งเวร ของพยาบาล ทำให้สามารถส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของ ผู้ป่วยให้มีความครอบคลุม ลดความผิดพลาดและมีมาตรฐานเดียวกัน เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ช่วยลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากการ รับส่งข้อมูลระหว่างเวรไม่ครบถ้วน และลดระยะเวลาในการรับส่งเวร

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การรับส่งเวรทางการพยาบาล

การรับส่งเวรทางการพยาบาล หมายถึงการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา และการพยาบาลที่ได้รับ รวมถึงปัญหาที่ยังมีอยู่ และกิจกรรมที่ต้องดูแลต่อเนื่องไปยังทีมผู้ดูแลในเวรต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการรับส่งเวรทางการพยาบาล

1. เพื่อการส่งต่อข้อมูลที่ต้องมีการเฝ้าระวัง ป้องกันอุบัติการณ์ความผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดจาก การส่งต่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. เพื่อให้ทีมพยาบาลได้ทราบข้อมูลผู้ป่วยในความรับผิดชอบจากเวรก่อนหน้า เกี่ยวกับ ปัญหาอาการความก้าวหน้าของการดูแลการวินิจฉัย และผลจากการดูแลของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงผลงาน

(ระดับชำนาญการ)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

3. เพื่อส่งต่อข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแล การรักษา และกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับจากเวรที่ผ่านมา และในเวรปัจจุบัน ที่มีการเปลี่ยนแปลงให้พยาบาลเวรต่อไปได้รับทราบข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน ประหยัดเวลาในการค้นหา และรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

ปัญหาในการสื่อสาร มักเกิดขึ้นใน 2 ลักษณะคือ

1. การสื่อสารผิดพลาด (miscommunication) เกิดขึ้นเนื่องจากผู้รับสารจับใจความสารไม่ชัดเจน หรือแปลความหมายในสารที่ได้รับผิดไปจากที่ผู้ส่งสารต้องการให้เข้าใจ
2. การสื่อสารล้มเหลว (communication breakdown) เนื่องจากผู้ส่งสาร และผู้รับสารไม่เข้าใจกัน ไม่สามารถแปลข่าวสารให้เข้าใจตรงกันได้และบางครั้งเกิดขึ้นเมื่อคู่สนทนาไม่ต้องการสนทนาต่อด้วยเหตุผลบางประการทั้ง ๆ ที่มีความเข้าใจข่าวสารที่ได้รับนั้น

อุปสรรคที่ขัดขวางและนำไปเกิดปัญหาการสื่อสาร

1. อุปสรรคเกี่ยวกับผู้รับสารและผู้ส่งสาร ได้แก่

- การขาดทักษะ และความรู้ในกระบวนการสื่อสาร
- เจตคติ เช่น การมีอคติต่อผู้ส่งสาร ต่อข่าวสารหรือตัวผู้รับสาร ทำให้การรับรู้ข่าวสารบิดเบือนไป
- การขาดความเชื่อถือในผู้ส่งสารทำให้ผู้รับสารไม่สนใจรับฟังข่าวสาร
- สภาวะทางร่างกายที่อ่อนแอหรือเจ็บป่วย อาจทำให้การรับรู้บิดเบือนได้

2. อุปสรรคเกี่ยวกับสาร

- การเข้าใจของสารไม่ตรงกัน
- การใช้คำที่เข้าใจยาก
- ความรีบร้อนในการสื่อสาร เช่น การอ่านคำสั่งลวกๆ การเขียนเร็วจนหวัด การฟังคำสั่งทาง

โทรศัพท์

- น้ำเสียงที่ไม่ชัดเจน

การสื่อสารโดยใช้ ISBAR หมายถึงการกำหนดกรอบการสนทนา ISBAR (Identify Situation Background Awareness and Recommendation) ทำให้เพิ่มความปลอดภัยในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสำคัญในระหว่างการดูแลผู้ป่วย

- Identify : การระบุตัวตัวผู้รายงาน หน่วยงาน ผู้รับรายงาน หน่วยงาน ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย
- Situation : สถานการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
- Background : ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
- Assessment : การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล
- Recommendation : ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงผลงาน

(ระดับชำนาญการ)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

- Identify : การระบุตัวผู้รายงาน หน่วยงาน ผู้รับรายงาน หน่วยงาน ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย
- Situation : สถานการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
 1. การวินิจฉัยโรคของแพทย์
 2. อาการสำคัญ
 3. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาพร้อมระยะเวลาที่เจ็บป่วย
 4. การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และผลการรักษาพยาบาล
 5. ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ
- Background : ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
 1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ประวัติการได้รับบาดเจ็บ/ประวัติการผ่าตัด พร้อมระบุ เวลา ที่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ
 2. ประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย (ถ้ามี)
- Assessment : การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล

การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามหลักวิชาการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย
- Recommendation : ข้อเสนอหรือความต้องการของพยาบาล

ความต้องการของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ความ ต้องการแผนการรักษาของแพทย์การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นหรือ สิ่งที่ต้องเตรียมให้แก่ผู้ป่วย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถลดระยะเวลาการรับ-ส่งเวร ได้น้อยกว่า 30 นาที
2. บุคลากรพยาบาลมีแนวทางในการ รับ-ส่งเวร เป็นแนวทางเดียวกัน
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. บุคลากรพยาบาลใช้แนวทาง ISBAR ในการรับ- ส่งข้อมูล ร้อยละ 80
2. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ลงชื่อ วิภาพร สวัสดิ์

(นางสาวรัชฎาพร สนธิ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 29 เดือน กพ. พ.ศ. 2567

ผู้ขอประเมิน

4.แบบสรุปรูปความคิดเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวรัชฎาพร สนิธิ

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	20
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	28
3. เค้จ้โครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	28
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	8
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทศนคติเสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	8
รวม	100	92

1. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- () เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- () ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อผู้ประเมิน..... 

(นางสาวสมจิตต์ สัตยาบรรพ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)

หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

วันที่ 23 เดือน กพ. พ.ศ. 2567

ลงชื่อผู้ประเมิน..... 

(นางจรรุณี ตั้งใจรักการดี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

วันที่ 12 มี.ค. 2567

4.แบบสรุปรูปความคิดเห็นในการประเมินบุคคล (ต่อ)

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 - () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
- (ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อผู้ประเมิน..... 

(นายจิตตรัตน์ เตชวุฒิพร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

วันที่... ๑๕...เดือน... ๕... พ.ศ. ๒๕๕๕.....

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- () ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
 - () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70
- (ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อผู้ประเมิน..... 

(นายกิตติพงษ์ สุขภาคกุล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ตำแหน่ง ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วันที่... ๒...เดือน... ๕... พ.ศ. ๒๕๕๕.....

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลหัวหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ลำดับที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวนฤมล กือเย็น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๒๑๒๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๒๑๒๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด (early postpartum hemorrhage, early PPH) : กรณีศึกษา" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "Balloon Box (กล่องบอลลูนมดลูก)" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด (early postpartum hemorrhage, early PPH) : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมื่อวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมาย ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสีย เลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ ๑๐ จากก่อน คลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก หุพพลภาพ และเสียชีวิตได้

อุบัติการณ์ ของภาวะตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ ๑-๕ ของการคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็น ๑ ใน ๓ ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกโดยคาดคะเนว่าจะมีมารดาเสียชีวิต ๑ คนในทุกๆ ๔ นาทีในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ๑:๑,๐๐๐ ของการคลอด ในทวีปเอเชียพบว่ามีร้อยละ ๓๐.๘ ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรก ประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีอัตราส่วนการตายของมารดาเท่ากับ ๒๕.๙ ต่อแสนการเกิดมีชีพและเป็นการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดถึงร้อยละ ๑๒.๔๐ (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, ๒๕๖๕)

ชนิดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ ๒ ชนิด

๑. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) จะหมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง ๒๔ ชั่วโมง หลังคลอด

๒. การตกเลือดหลังคลอดใน ระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) จะหมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นในระยะ ๒๔ ชั่วโมงจนถึง ๑๒ สัปดาห์หลังคลอด

ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปจะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือด หลังคลอดเป็น ๓ ระดับ ได้แก่

๑. ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ ๕๐๐ มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับ

๒. รุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรขึ้นไป

๓. ระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ ๒,๕๐๐ มิลลิลิตรขึ้นไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญ และพบได้บ่อยมี ๔ สาเหตุหลัก (๔T) ได้แก่

๑. **Tone** คือความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้มากที่สุดเป็นร้อยละ ๗๐ ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์แฝด (Twin) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และ การคลอดตั้งแต่ ๔ ครั้งขึ้นไป(Multiparity) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน(Prolonged oxytocin use) การคลอดล่าช้า(Prolonged of labor) และการใช้ยายับยั้งคลอดในผู้ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

๒. **Trauma** คือ สาเหตุเกี่ยวกับการฉีกขาดของช่องทางคลอด เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก (Tear cervix) ช่องคลอด (Tear vaginal) แผลฝีเย็บ (Tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (Hematoma) เป็นต้น

๓. **Tissue** คือ สาเหตุที่เกี่ยวกับรก เยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรกตกค้างภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดที่พบได้ร้อยละ ๑๐ ของการคลอดปกติทั้งหมด

๓.๑ ทำคลอดไม่ถูกวิธีเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการประเมินการลอกตัวของรกที่สมบูรณ์ ทำให้รบกวนกระบวนการลอกตัวของรก เกิดรกลอกตัวไม่สมบูรณ์ การนวดหรือดันมดลูกเร็วเกินไปก่อนที่รกจะลอกตัวสมบูรณ์การดึงสายสะดือหรือเยื่อหุ้มรกเร็วหรือแรงเกินไป ทำให้มีชิ้นส่วนของรกขาดและติดค้างในโพรงมดลูก

๓.๒ รกเกาะผิดปกติ เช่น รกเกาะฝังลึกกับผนังกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้รกลอกตัวยากและใช้เวลานาน เกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อมดลูกทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีและมีเศษรกค้างได้ มักพบในมารดาที่มีประวัติการขูดมดลูกก่อนการตั้งครรภ์ นอกจากนั้นรกเกาะผิดปกติจะพบในรายที่มีรกขนาดใหญ่หรือมีรกลดน้อยที่ทำให้รกบางส่วนติดค้างอยู่ในโพรงมดลูก

๔. **Thrombin** คือ สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ(Defects in coagulation) พบได้น้อยประมาณร้อยละ ๑ เกิดจากการมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โดยมีปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด (Massive antepartum or PPH) การติดเชื้อ (Sepsis) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Severe preeclampsia) ทารกตายในครรภ์ (Retained intrauterine fetal demise) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placenta abruption) หรือได้รับยาละลายลิ่มเลือด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

๑. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด ใจสั่น ซีด กระสับกระส่าย มีเลือดออกทางช่องคลอด ปริมาณมากรีบรายงานแพทย์ พร้อมหาทีมการพยาบาลช่วยเหลือเพิ่มเติมโดยด่วน และจัดให้ทีมคลีนมดลูกตลอดเวลา

๒. ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก ๑๐ ลิตรต่อนาที เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน

๓. ดูแลให้สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด ด้วยเข็มขนาดใหญ่ อย่างน้อย ๒ เส้น ให้อาการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา เช่น Oxytocin, Methylergometrine ,Misoprostol ๔ เม็ด เหน็บทางทวารหนัก

๔. ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างและประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออก

๕. ติดตามสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ใน ๑ ชั่วโมงแรก หรือบ่อยกว่านี้ พร้อมประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และการเสียเลือด เพื่อประเมินภาวะShock

๖. ดูแลจัดให้นอนหงายราบ เพื่อให้เลือดจากส่วนต่างๆของร่างกายไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้มากขึ้น เลือดจะไปเลี้ยงสมอง และอวัยวะส่วนต่างๆ ได้ง่าย

๗. ถ้ามีเลือดออก เนื่องจากมีเศษรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ต้องรายงานแพทย์เตรียมอุปกรณ์ในการขูดมดลูกไว้ให้พร้อมและดูแลอาการอย่างใกล้ชิด ขณะแพทย์ทำการขูดมดลูก และภายหลังขูดมดลูกแล้ว

๘. ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด เนื่องจากมีการฉีกขาดของช่องทางคลอดร่วมด้วย เย็บแผลที่ฉีกขาด เพื่อให้เลือดหยุด

๙. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการหยุดเลือดด้วย Condom balloon tamponade

๑๐. รายที่ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการได้รับเลือด เช่น อาการแพ้ หนาวสั่น เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่

๑๑. ประเมินผลค่า hematocrit หลังให้เลือดตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๑๒. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายตลอด ๒๔ ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการเสียเลือดและการขาดน้ำ

๑๓. ดูแลความสุขสบายต่างๆไปให้ความอบอุ่นและป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย

๑๔. ดูแลทางด้านจิตใจ โดยอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือ แจ้งผู้คลอดและญาติให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระดับความรุนแรงและ แนวทางการรักษา

๑๕. งดอาหารและน้ำทางปาก เตรียมความพร้อมกรณีจำเป็นต้องได้รับการดมยาสลบเพื่อการผ่าตัดมดลูก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

กรณีศึกษาผู้คลอดหญิงไทย อายุ ๔๐ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ แม่บ้าน การศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันอาศัย อยู่ในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ น้ำหนัก ๗๗ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๙ เซนติเมตร BMI ๓๐.๔๖

อาการสำคัญ : อายุครรภ์เกินกำหนดแพทย์นัดมาเร่งคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ผู้คลอด G๗P๕A๑L๕ อายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์ ๓ วัน ประวัติฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลสามร้อยยอด จำนวน ๑๐ ครั้ง ครั้งแรกอายุครรภ์ ๒๕ สัปดาห์ ๓ วัน ส่งตัวมาฝากครรภ์ ต่อที่โรงพยาบาลหัวหินจำนวน ๑ ครั้ง ตอนอายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ เนื่องจากอายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด จำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มกระตุ้นเมื่อครรภ์ก่อน (๓ ปี) ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น เบาหวาน โรคเลือด โรคหัวใจ โรคผิวหนัง โรคไต โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิด ปฏิเสธการได้รับการผ่าตัดและการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ปฏิเสธการแพ้ยา สารเคมี และอาหารทุกชนิด ในช่วงครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ครั้งแรก ๓๕ เปอร์เซ็นต์ และ ครั้งที่ ๒ ๓๓ เปอร์เซ็นต์

ประวัติเมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอด : เมื่อวันที่ ๑๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๒.๕๐ น. ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ตรวจครรภ์พบขนาดหน้าท้อง ๓/๔ มากกว่าระดับสะดือ ทารกอยู่ในท่าROA (ท้ายทอยทารก อยู่ทางขวาของช่องเชิงกราน) สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๗/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ตรวจภายในพบปากมดลูกปิด ฤกษ์น้ำคร่ำยังอยู่ดี ระดับของส่วนน้ำ -๒ ตรวจด้วยเครื่องติดตามสภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ พบมดลูกหดรัดตัวทุก ๕ นาที แต่ละครั้งนาน ๓๐ วินาที เสียงหัวใจทารกอยู่ในช่วงมากกว่า ๑๖๐ ครั้ง/นาที รายงานแพทย์แปลผลว่าทารกมีภาวะtachycardia ให้ทำIntrauterine Resuscitation (การกู้ชีพหรือช่วยเหลือทารกในครรภ์) จัดท่ามารดา นอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจนผ่านหน้ากาก ๑๐ ลิตร/นาที ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ LRS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร อัตราหยด ๑๒๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง หยุดการเร่งคลอดไว้ก่อนเจาะLab CBC จอเลือดพร้อมใช้ ๒ ยูนิต ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและฟังเสียงหัวใจของทารกทุก ๑ ชั่วโมง ตรวจภายในประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกทุก ๒ ชั่วโมง งดน้ำงดอาหาร ติดตามสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง เวลา ๑๗.๐๐ น.ตรวจเครื่องติดตามสภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ซ้ำ พบมดลูกหดรัดตัวทุก ๒ นาที แต่ละครั้งนาน ๒๐ วินาที เสียงหัวใจทารกอยู่ในช่วง ๑๔๐ ครั้ง/นาที ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด ๒ เซนติเมตร ความบาง ๗๐ เปอร์เซ็นต์ ฤกษ์น้ำคร่ำยังอยู่ดี ระดับของส่วนน้ำ -๒ ๑๙.๐๐ น.ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด ๕ เซนติเมตร ความบาง ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ ฤกษ์น้ำคร่ำยังอยู่ ระดับของส่วนน้ำ ๐

การพยาบาลในระยะคลอด : หลังจากนั้นเวลา ๒๐.๐๐ น.ผู้คลอดรู้สึกปวดเบ่ง ตรวจภายในพบว่า ปากมดลูกเปิด ๑๐ เซนติเมตร ระดับส่วนน้ำอยู่ที่ ๐ เตรียมผู้คลอดเบ่งคลอดตามธรรมชาติ แนะนำการจัดท่า นอนหงายชันเข่า พร้อมแนะนำวิธีหายใจขณะเบ่งคลอด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

จากนั้นทำความสะอาดและจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ทำคลอด เวลา ๒๐.๑๒ น.คลอดทารกเพศชาย น้ำหนัก ๔,๓๔๕ กรัม น้ำคร่ำสีใสไม่มีกลิ่นเหม็น APGAR score นาทีที่๑ นาทีที่๕ และนาทีที่๑๐ เท่ากับ๙,๑๐ และ๑๐ คะแนนตามลำดับ ลักษณะทารกทั่วไปปกติ ร้องเสียงดังดี สัญญาณชีพปกติ ให้ยาผู้คลอด oxytocin ๑๐ ยูนิต เข้าทางกล้ามเนื้อ และให้Oxytocin ๔๐ ยูนิต ผสมใน Acetar ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการหาย ๑๒๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตัดฝีเย็บ มีแผลฉีกขาดระดับที่ ๑ เวลา ๒๐.๒๕ น.มีเลือดออกจากช่องคลอดปริมาณ ๒๐๐ มิลลิลิตร ผู้คลอดรู้สึกตัวดีE๔V๕M๖ ยังไม่มีอาการแสดงการลอกตัวของรก วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๔/๗๒ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที เวลา ๒๐.๓๐ น.มีเลือดออกจากช่องคลอดเพิ่มอีกปริมาณ ๑๐๐ มิลลิลิตร รวมทั้งหมด ๓๐๐ มิลลิลิตร ยังไม่มีอาการแสดงการลอกตัวของรก ทำการนวดคลึงมดลูก วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๙/๖๗ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๙๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙ เปอร์เซ็นต์ ประเมินมดลูกหดตัวดี ปฏิบัติตาม standing order for postpartum hemorrhage เรียกทีมPPH และรายงานแพทย์ สั่งให้เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙ NSS ๑,๐๐๐ ml อัตราการหาย free flow ให้ได้ ๒๐๐ มิลลิลิตร ประสานงาน ธาราการเลือดเพื่อขอรับเลือด เวลา ๒๐.๓๕ น. มีเลือดออกจากช่องคลอดเพิ่มอีกปริมาณ ๖๐๐ มิลลิลิตร รวมทั้งหมด ๙๐๐ มิลลิลิตร ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องขยับแขนขาได้เอง (E๔V๕M๖) วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๗/๖๕ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๙ เปอร์เซ็นต์ ประเมินมดลูกหดตัวดี สวานปัสสาวะได้ ๒๐๐ มิลลิลิตร เจาะ CBC,Coagulopathy,Hct stat ๒๗ เปอร์เซ็นต์ เวลา ๒๐.๔๐ น. แพทย์ทำการล้างรกที่ห้องคลอด ลักษณะรกครบปกติ มีเลือดออกจากช่องคลอดเพิ่มอีก ๑๕๐ มิลลิลิตร ทำการนวดคลึงมดลูกต่อ วัดสัญญาณชีพความดันโลหิต ๑๑๐/๖๔ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๙ เปอร์เซ็นต์ แพทย์สั่งให้ยา Methergine ๐.๒ มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำ ให้ยา cytotec ๔ เม็ด เหน็บทางทวารหนัก มดลูกหดตัวดี

การพยาบาลในระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด : เวลา ๒๐.๕๕ น. ผู้คลอดรู้สึกตัวดี E๔V๕M๖ มดลูกหดตัวดี วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๗/๖๕ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐

ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๙ เปอร์เซ็นต์ แพทย์สั่งให้เลือด PRC ๑ ยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ ให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้คลอดที่ได้รับเลือด เวลา ๒๑.๒๖ น. มีเลือดออกจากช่องคลอดเพิ่ม ปริมาณ ๕๐ มิลลิลิตร รวมทั้งหมดปริมาณ ๑,๑๐๐ มิลลิลิตร ประเมินมดลูกหดตัวดี นวดคลึงมดลูกต่อ ไม่มีอาการแสดงการแพ้เลือด วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๑/๗๕ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๘๖ ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในกระแสเลือด ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ เวลา ๒๒.๐๐ น. ผู้คลอดรู้สึกตัวดี E๔V๕M๖ มดลูกกลมแข็ง ดี ติดตามผลไม่มีอาการแพ้เลือด หลังเลือดหมด วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๙/๗๒ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในกระแสเลือด ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

เวลา ๒๒.๑๕น. มารดาครบ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด มีมดลูกหดรัดตัวดี มีเลือดออกเพิ่มประมาณ ๑๐ มิลลิลิตร สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๒๔ /๗๔ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๙ เปอร์เซ็นต์ แผลฝีเย็บปกติไม่มีบวม ย้ายไปตีกหลังคลอด

การพยาบาลตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด : หลังคลอดวันแรก ผู้คลอดแผลฝีเย็บติดดี ไม่มีบวมแดง ไม่มีเลือดคั่ง น้ำคาวปลาไหลออกเบื่อนผ้าอนามัย ๒ ผืน ปวดตึงแผลเล็กน้อย คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ยังไม่ถ่ายอุจจาระ มีการเตรียมผู้คลอดรอทำหมัน แพทย์สั่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๕% D/N/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร อัตราการหยด ๑๒๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง งดน้ำงดอาหาร เจาะเลือดดูความสมบูรณ์ของเลือดซ้ำ ค่าความเข้มข้นของเลือดลดลงเหลือ ๒๘ เปอร์เซ็นต์ มีภาวะซีด แพทย์สั่งให้ยา Trifedine ๑ tab po OD, Amoxicillin(๕๐๐) ๑ tab po tid pc, Paracetamol ๑ tab po pm ทุก ๖ ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๐๙/๖๒ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๙๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ผู้คลอดเต้านมไม่คัดน้ำนมไหลดี ประเมิน LATCH score ได้ ๗ คะแนน ทารกดูนมแม่ได้ดี เนื่องจากเป็นมารดาครรภ์หลัง มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอย่างดี แต่มารดายังมีอาการอ่อนเพลีย ประเมินการให้นมทารก ช่วยมารดาปรับท่าอุ้มให้เหมาะสมตามหลัก ๔ key signs position คือ จัดท่าตะแคงทารกหันเข้าหามารดา อุ้มทารกให้กระชับ ปากทารกอยู่ระดับเดียวกับหัวนม และมีการประคองรองรับทารกทั้งตัว ปลุกกระตุ้นทารกดูนมทุกๆ ๒-๓ ชั่วโมง ครั้งละ ๑๕ นาที

หลังคลอดวันที่ ๒ ผู้คลอดสามารถลุกเดินข้างเตียง ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ น้ำคาวปลาลักษณะปกติเบื่อนผ้าอนามัย ๒ ผืน แผลฝีเย็บติดดี ไม่มีบวมแดง ไม่มีเลือดคั่ง แผลทำหมันไม่มีเลือดซึม ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๕ / ๗๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๘๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ทารกดูนมมารดาได้ปกติ ประเมิน LATCH score ๑๐ คะแนน การขับถ่ายปัสสาวะและถ่ายอุจจาระปกติ

หลังคลอดวันที่ ๓ ผู้คลอดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ น้ำคาวปลาลักษณะปกติเบื่อนผ้าอนามัย ๑ ผืน แผลฝีเย็บติดดี ไม่มีบวมแดง ไม่มีเลือดคั่ง แผลทำหมันไม่มีเลือดซึม ไม่มีปวดแผลฝีเย็บและแผลผ่าตัดทำหมัน Pain score ๐ คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๕/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๘๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ทารกดูนมมารดาได้ปกติ ประเมิน LATCH score ๑๐ คะแนน การขับถ่ายปัสสาวะและถ่ายอุจจาระปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พร้อมสั่งยากลับบ้านได้แก่ Paracetamol , Trifedine, Amoxicillin และ Ferrous fumarate นัดตรวจแผลอีก ๑ สัปดาห์วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจพบได้บ่อย เป็นภาวะฉุกเฉินอันดับแรกๆทางสูติกรรม คือ ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด

๒. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จากตำรา เอกสาร วิชาการ อินเทอร์เน็ตและแผนการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นแนวทางกรณีศึกษาเฉพาะราย

๓. นำข้อมูลที่ได้มาศึกษาและวิเคราะห์ วินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาล ตามสภาวะอาการของผู้คลอด และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ ติดตามผลการรักษาพร้อมทั้งจดบันทึกทางการพยาบาลและผลการรักษาลงในเวชระเบียน

๕. รวบรวมข้อมูลนำข้อมูลทั้งหมดมาเรียบเรียงเป็นผลงาน ตรวจสอบความถูกต้องและนำเสนอตามลำดับเป้าหมายของงาน

ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดในระยะแรก เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและปลอดภัยเมื่อเกิดเหตุการณ์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และอันตรายที่จะถึงแก่ชีวิต ดังนั้นพยาบาลในหน่วยงานจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่ดีสามารถประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะตกเลือด สามารถเตรียมความพร้อมให้การพยาบาล มีการตัดสินใจที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้คลอดได้รับความปลอดภัยและการรักษาอย่างทัน่วงที

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑. ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก จำนวน ๑ ราย

๕.๒. ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม

๕.๒.๒ มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะช็อกและไม่มีการตกเลือดซ้ำ

๕.๒.๓ มารดาหลังคลอดคลายความวิตกกังวลในการรักษาพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด

๕.๒.๔ มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากจากได้รับส่วนประกอบของเลือด

๕.๒.๕ มารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนหลังคลอด

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑. ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดในระยะแรกหลังคลอด

๖.๒. ได้พัฒนาแนวทางประกอบกรณีศึกษาและพัฒนาคุณภาพงานของบุคลากรทางการพยาบาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ(ต่อ)

๖.๓. ได้เพิ่มพูนความรู้ทักษะและแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดในระยะแรก หลังคลอด

๖.๔. เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วทำให้ได้รับความปลอดภัย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าในระยะที่ ๓ ของการคลอดมีภาวะรกลอกตัวช้า เป็นสาเหตุให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีจึงเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดมีการสูญเสียเลือดอย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้ผู้คลอดสูญเสียเลือดปริมาณมาก

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะการประเมินคัดคน้ำหนักทารกในครรภ์และปฏิบัติตามเกณฑ์การรายงานแพทย์

๘.๒ ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ตกเลือดหลังคลอด การสูญเสียเลือดเกิดในระยะเวลารวดเร็ว ทีมต้องร่วมกันค้นหาสาเหตุและแก้ไข หากมีความล่าช้าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

๙. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลต้องมีแนวทางการประเมินแรกรับถึงความเสี่ยงภาวะรกเกาะแน่น และภาวะมดลูกหดไม่รัดตัวหลังคลอด ที่อาจทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด พร้อมทั้งประเมินภาวะชิตตรวจดูค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด จอเลือดพร้อมใช้ในรายที่มีความเสี่ยงจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และให้การพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ ๓ ของการคลอดอย่างรวดเร็ว มีแนวทางการรายงานแพทย์และปฏิบัติตามแนวทาง Flow chart PPH มีการแบ่งตำแหน่งหน้าที่ของสมาชิกในทีม ค้นหาสาเหตุและ ประสานงานกับธนาคารเลือดเลือดตามระบบขอรับเลือดด่วน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นฤมล ก้อยเย็น

(นางสาวนฤมล ก้อยเย็น)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑ / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางวาสนา ชุมรงค์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๖ / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) 

(นางจรรณี ตั้งใจรักการดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ด้านการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 12 มี.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายจิตรัตน์ เตชวุฒิพร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

(วันที่) 15 / มีนาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง Balloon Box (กล่องบอลูนมดลูก)

๒. หลักการและเหตุผล

หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลหัวหิน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด ๑๙, ๑๔ และ ๑๓ รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๑.๔๒, ๑.๓๘ และ ๑.๕๑ ตามลำดับของผู้คลอดทั้งหมดในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ พบผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดมีภาวะช็อก ปัส ๑ ราย ส่วนในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดมีภาวะช็อกเพิ่มเป็น ๒ ราย มีสาเหตุหลักมาจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี ผู้ศึกษาจึงคิดวิธีเตรียมอุปกรณ์ให้มีความพร้อมสำหรับการช่วยเหลือแพทย์ทำหัตถการ ballooning temponade ในผู้คลอดตกเลือด ให้มีความสะดวกและรวดเร็วเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการรักษาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะมดลูกไม่หดตัวเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ ๘๐ ของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน ๒๔ ชั่วโมงแรก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ การคลอดหลายครั้ง ทารกตัวโต ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) การกระตุ้นคลอดหรือ เร่งคลอดด้วย oxytocin การคลอดยาวนาน หรือเร็วเกินไปการล้างรก ได้รับยาดมสลบหรือแมกนีเซียมซัลเฟต เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด อ้วน อายุมากกว่า ๓๕ ปี หลักการดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยเร็วที่สุดและรักษาให้ทันการณ์ ซึ่งปัญหามักจะเกิดในชั่วโมงแรกหลังคลอด ไม่ควรปล่อยจนเกิดความดันโลหิตต่ำจากการเสียเลือดมาก เพราะจะยิ่งทำให้มดลูกไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกและทำให้เลือดไม่แข็งตัวตามมา ซึ่งจะทำให้การดูแลและรักษาซับซ้อนมากขึ้น เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะเมื่อเสียเลือดมากกว่า ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร และยังคงมีเลือดออกหรืออยู่ในภาวะ shock(ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย,๒๕๕๘) การห้ามเลือดก็เป็นวิธีการรักษาอันดับต้นในการแก้ปัญหา ซึ่งการทำ intrauterine ballooning temponade เป็นหนึ่งในตัวเลือกการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี เพื่อลดการเสียเลือดระหว่างรอการรักษาด้วยวิธีอื่นหรือระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย พิจารณาทำเมื่อรักษาด้วยยาล้มเหลว และการทำ bimanual uterine massageไม่ดีขึ้น มีงานวิจัยว่าวิธีนี้สามารถลดการผ่าตัดหรือการทำหัตถการอื่นๆได้ถึง ๗๕-๘๖ % การรักษาต่อมาต้องใช้ในการผ่าตัดเข้าช่วยเพื่อผูกเส้นเลือด หรือตัดมดลูกตามข้อบ่งชี้แต่ละชนิด ซึ่งถือเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง แม้จะพิจารณาในรายที่มีบุตรเพียงพอแล้วก็ตาม ซึ่งในผู้คลอดรายที่ต้องการรักษาภาวะเจริญพันธุ์ไว้และสัญญาณชีพปกติดี

การเลือกทำ intrauterine ballooning temponade เพื่อเข้าไปกดโพรงมดลูกโดยตรง ซึ่งทำได้ง่าย และได้ผลดี วิธีการทำ intrauterine tamponade ที่ทำได้ง่ายได้แก่ วิธีทำ Condom balloon โดยนำถุงยางอนามัยมาผูกติดที่ปลายของ sterile rubber catheter สามารถใส่น้ำได้ ๒๕๐-๕๐๐ มิลลิลิตร ข้อดีคือสามารถ

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)
หาอุปกรณ์ได้ง่ายภายในหน่วยงาน บอลลูนจะทำหน้าที่กีดบริเวณผนังมดลูกและบริเวณที่มีเลือดออก คล้ายกับการกีดห้ามเลือดแต่จะแรงดึงของบอลลูนในการปิดปากแผล จึงมีแนวคิดจัดทำ Balloon Box เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการหีบใช้งาน และลดภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังคลอด
๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
- ๔.๑ เจ้าหน้าที่ใช้ Balloon Box ทุกครั้งที่มีการทำบอลลูนมดลูกเพื่อเป็นการสะดวก และรวดเร็วในการใช้งาน
 - ๔.๒ ลดปริมาณการเสียเลือดเพิ่มขึ้นหลังการทำบอลลูนมดลูกระหว่างรอเข้าห้องผ่าตัด เพื่อผูกเส้นเลือดหรือตัดมดลูก
 - ๔.๓ ลดอัตราการภาวะช็อก การสูญเสียอวัยวะ และเสียชีวิตจากการตกเลือด
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
- ๕.๑ บุคลากรพึงพอใจในนำนวัตกรรม balloon box มาใช้ในการใส่บอลลูนห้ามเลือดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
 - ๕.๒ อัตราภาวะช็อกหลังจากตกเลือดหลังคลอดเป็น ๐
 - ๕.๓ อัตราการตัดมดลูกหลังจากตกเลือดหลังคลอดเป็น ๐
 - ๕.๔ อุบัติการณ์มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดเป็น ๐

(ลงชื่อ) หฤพล ก้อยเย็น

(นางสาวณมล ก้อยเย็น)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑ / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวนฤมล ก้อยเย็น

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐
๓. ค่าโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่มีผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคติ เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐
รวม	๑๐๐	

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- () เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- () ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นางวาสนา ชูณรงค์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๑ / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๗

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นางจรรุณี ตั้งใจรักการดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ด้านการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 1.2. มี.ค. 2567

ตอนที่ ๔ แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล (ต่อ)

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

() เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นายจิตต์รัตน์ เตชวุฒิพร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

(วันที่) ๒๕ / ๑๒ / ๒๕๕๕

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นายกิตติพงษ์ สุขภาคกุล)

(รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

(ตำแหน่ง) ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

(วันที่) ๒๕ มี.ค. ๒๕๕๗