



ประกาศจังหวัดสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลอรัญประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

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

จังหวัดสระแก้ว ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวอนูรัักษ์ เพ็ชรรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
๒.	นางสาวรัฐญา อินทบาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายเชาวเนตร ยัมประเสริฐ)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลอรัญประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวอนุรัักษ์ เพ็ชรรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๗๙๓๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๗๙๓๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน " การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก "					
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน " แนวทางการนิเทศพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน "					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					
๒	นางสาวรัญญา อินทบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๓๓๓๓๙๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๓๓๓๓๙๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน " การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดร่วมกับมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 "					
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน " การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง "					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					

R

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ถึง วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565

รวมระยะเวลาในการดูแล 6 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ไข้เลือดออก (Dengue Fever)

ความหมายของโรค

ไข้เดงกี (Dengue fever) หรือในประเทศไทยนิยมเรียกว่า ไข้เลือดออก ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ และมีผื่นลักษณะเฉพาะซึ่งคล้ายกับผื่นของโรคหัด ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีอาการรุนแรงจนกลายเป็นไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever) ที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งทำให้มีเลือดออกง่าย มีเกล็ดเลือดต่ำ และมีการรั่วของพลาสมา หรือรุนแรงมากขึ้นเป็นกลุ่มอาการไข้เลือดออกช็อก (Dengue shock syndrome: DSS) ซึ่งมีความดันโลหิตต่ำอย่างเป็นอันตรายได้ (โรงพยาบาลเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2563)

การแพร่กระจายของไวรัสเดงกี

ไข้เลือดออก (Dengue Fever) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue) ที่แพร่สู่ร่างกายคนจากการกัดของยุงลายตัวเมีย ผู้ป่วยจะมีไข้สูง มีอาการป่วยรุนแรงกว่าไข้หวัดธรรมดา ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคชอบอาศัยอยู่ในแถบอากาศร้อนชื้น

คำนิยามของไข้เลือดออก

1. ไข้เดงกี (Dengue fever- DF) คือผู้ป่วยที่มีอาการไข้เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ร่วมกับอาการอย่างนี้ 2 ข้อ ในกลุ่มอาการต่อไปนี้

-ปวดศีรษะ

-ปวดกระบอกตา

- ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ/ปวดกระดูก

- ผื่น

-อาการเลือดออก (ที่พบบ่อยคือ positive tourniquet test , มีเลือดออกที่ผิวหนัง petechiae, เลือดกำเดาไหล)

- ตรวจ CBC พบมีเม็ดเลือดขาวต่ำ และมี positive IgM/IgG ELISA test ใน convalescent serum หรือ พบในพื้นที่และเวลาเดียวกับผู้ป่วยที่มีการตรวจยืนยันการติดเชื้อเดงกี

2. ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever – DHF) การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงในระดับเกล็ดเลือด และการรั่วของพลาสมา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

อาการทางคลินิก

1. ไข้เกิดแบบเฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน
2. อาการเลือดออก อย่างน้อย positive tourniquet test ร่วมกับอาการเลือดออกอื่นๆ
3. ตับโต มักกดเจ็บ
4. มีการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนโลหิต หรือมีภาวะช็อก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. เกร็ดเลือด $\leq 100,000$ เซล/ลบ.มม.
2. เพิ่มขึ้นของ Hct. $\geq 20\%$ เมื่อเทียบกับ Hct. เดิม
3. ไข้เลือดออกเดงกีที่ช็อก (Dengue shock syndrome - DSS) คือผู้ป่วยที่มีอาการร่วมกับมีอาการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการดังกล่าว ร่วมกับ

- ชีพจรเบาเร็ว
- มี pulse pressure แคบ 20 มม.ปรอท (โดยไม่มี Hypotension) เช่น 100/80, 90/70 มม.ปรอท
- poor capillary refill 2 วินาที
- มือทำเย็น กระสับกระส่าย

การแบ่งระดับความรุนแรงของไข้เลือดออกเดงกี

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกทุกราย ต้องมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา เช่น Hct เพิ่มขึ้น $\geq 20\%$ หรือมี pleural effusion หรือมี ascites และมีเกร็ดเลือด $\leq 100,000$ cell/mm ความรุนแรงแบ่งได้ 4 ระดับ

Grade I ผู้ป่วยไม่ช็อก มีแต่ positive tourniquet test หรือ easy bruising

Grade II ผู้ป่วยไม่ช็อก แต่มีเลือดออก เช่น จุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดาไหล หรืออาเจียน/ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด หรือ สีดำ

Grade III ผู้ป่วยช็อก มีชีพจรเบาเร็ว ตัวเย็นเหงื่อออก กระสับกระส่าย มี pulse pressure แคบ หรือ ความดันโลหิตต่ำ

Grade IV ผู้ป่วยที่ช็อกรุนแรง วัดความดันโลหิตไม่ได้/หรือ จับชีพจรไม่ได้

การดำเนินโรค

การดำเนินโรคแบ่งเป็นสามระยะ คือระยะไข้ ระยะวิกฤต และระยะพักฟื้น

1. ระยะไข้ ผู้ป่วยจะมีไข้สูง มักสูงเกิน 40 องศาเซลเซียส มีอาการปวดตามตัวและปวดศีรษะ ระยะนี้มีมักกินเวลา 2-7 วัน ไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรือไอ ซึ่งช่วยแยกโรคจากหวัดในระยะแรกและโรคทางเดินหายใจได้ อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนด้วย ผู้ป่วยระยะไข้ที่มีอาการ 50-80% จะมีผื่นขึ้นในวันแรกหรือวันที่สองของอาการป่วย ลักษณะเป็นปื้นแดง (erythema) หรือพบในวันที่ 4-7 ลักษณะเป็นผื่นคล้ายผื่นของโรคหัด อาจมีจุดเลือดออก (จุดเลือดออกนี้เกิดจากเส้นเลือดฝอยแตก และไม่ปรากฏเมื่อผิวหนังถูกกด)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2. ระยะเวลาวิกฤต คือช่วงที่ไข้ลง ระยะนี้มักกินเวลา 1-2 วัน เป็นระยะรั้วของพลาสมา ซึ่งจะพบได้ในทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี โดยระยะรั้วจะมีเวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง เนื่องจากมีการรั้วของพลาสมาออกไปยังช่องปอด / ช่องท้องมาก เกิด hypovolemic shock ทำให้มีสารน้ำในระบบไหลเวียนน้อยลง และมีการไหลของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญน้อยลง เวลาที่เกิดการช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค(ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยเริ่มมีกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ซีฟจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ตรวจพบ pulse pressure แคบ หรือน้อยกว่า 20 มม.ปรอท (ค่าปกติ 30 - 40 มม.ปรอท) จะรู้สึกตัวดี พุดรู้เรื่องอาจปนกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิด เป็นโรคทางศัลยกรรม (acute abdomen) ภาวะช็อกนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลงผู้ป่วยจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของซีฟจรและ ความดันเลือด ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงสั้นๆ ก็จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

3. ระยะเวลาพักฟื้น สารน้ำที่รั้วออกจากหลอดเลือดจะไหลกลับคืนเข้ามา ระยะนี้กินเวลา 2-3 วัน ผู้ป่วยอาจรู้สึกดีขึ้นอย่างมาก อาจมีอาการคันมาก หรือหัวใจเต้นช้าได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีสารน้ำในร่างกายเกิน ซึ่งหากเสียสมดุลจนทำให้สมองบวม ก็อาจมีระดับการรู้สึกตัวลดลงหรือมีอาการชัก ในรายที่ไม่ช็อกเมื่อไข้ลดลงส่วนใหญ่จะดีขึ้น เมื่อการรั้วของพลาสมาหยุด Hct.ก็จะมาคงที่ ความดันเลือดปกติ จำนวนปัสสาวะจะเพิ่มมากขึ้น ระยะทั้งหมดของไข้เลือดออกเดงกีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนประมาณ 7-10 วัน

การวินิจฉัยโรค

อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกเดงกี มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคทางคลินิก ได้ อย่างถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะช็อก โดยใช้อาการทางคลินิก 4 ประการร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ 2 ประการคือ

อาการทางคลินิก 1. ไข้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันสูงลอยประมาณ 2-7 วัน

2. อาการเลือดออกอย่างน้อยมี tourniquet test positive ร่วมกับอาการเลือดออกอื่น เช่น จุดเลือดออกที่ผิวหนัง เลือดกำเดา อาเจียน/ ถ่ายเป็นเลือด

3. ตับโต

4. ภาวะช็อก

การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ

1. เกล็ดเลือด น้อยกว่า 100,00 cel/mm.

2. Hct เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 หรือมากกว่า

ถ้าพบจุด petechiae และ tourniquet test positive มีตับโตกดเจ็บจะช่วยสนับสนุนว่าน่าจะเป็นไข้เลือดออกเดงกี สำหรับการติดตาม การดูเม็ดเลือดขาวและมีจำนวน PMN ลดลง และมี Lymphocyte เพิ่มขึ้น จะช่วยบ่งบอกว่าเข้าสู่ระยะวิกฤต จะต้องตามดูเกล็ดเลือด และ Hct อย่างใกล้ชิด หากเกล็ดเลือดลดลงและ Hct สูง จะวินิจฉัยได้แน่นอนว่าเป็นไข้เลือดออกเดงกี ถ้าเดิมผู้ป่วยชิตอยู่ก่อน อาจจะมองเห็นไม่ชัด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การรักษา

ยังไม่มีวิธีจำเพาะในการรักษาไข้เลือดออก การรักษาหลัก ๆ เป็นการรักษาประคับประคอง โดยการแก้ไขชดเชยการรั่วของพลาสมา และ/ หรือที่ออก สามารถลดความรุนแรงของโรคและการป้องกันการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ต้องมีการพยาบาลที่ตลอดเวลาวิกฤต ซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 24 – 48 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงรักษาโดยการคืนน้ำ อาจใช้การกินทางปากหรือการให้ทางหลอดเลือดดำ และสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงรักษาโดยให้สารน้ำหรือเลือดหรือองค์ประกอบของเลือดทางหลอดเลือด การรักษาหลักการดังนี้

1. ระยะไข้

1.1 การลดไข้ หากจำเป็นต้องให้ยาควรให้ยาพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาพวกแอสไพริน และ ibuprofen เพราะจะทำให้เกล็ดเลือดผิดปกติ และเซ็ดตัวลดไข้

1.2 อาหาร ควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย ให้เกลือแร่แทนน้ำเปล่า

1.3 การให้ยาอื่นๆ ควรหลีกเลี่ยงยาที่ไม่จำเป็น ถ้าอาเจียนมากอาจให้ยาแก้อาเจียน ยากันชักที่เคยกินกินต่อได้ ไม่ควรให้ยา antibiotics และไม่ควรให้ steroid

1.4. การให้ IV fluid ในระยะไข้สูง ควรให้ในรายที่อาเจียนมากและมีอาการขาดน้ำ สารน้ำที่ให้คือ 5 % D/N/2 สำหรับเด็กโต และ 5 % D/N/3 สำหรับเด็กอายุ < 1 ปี

1.5 ต้องให้คำแนะนำอาการที่เป็นสัญญาณอันตราย เช่น เลือดออกผิดปกติ ซึม ไม่ดื่มน้ำ กระจายน้ำตลอดเวลา มือเท้าเย็น ปัสสาวะน้อยลง

2. ระยะช็อก

2.1 ข้อบ่งชี้ในการให้ IV fluid ให้ในผู้ป่วย Hct เพิ่มขึ้น 10-20 % ร่วมกับมี เกล็ดเลือด \leq 100,000 เซล/ลบ.ซม.และไม่สามารถรับประทานอาหารและเครื่องดื่มเกลือแร่ได้ หรือผู้ป่วยมี Hct เพิ่มขึ้น \geq 20 %

2.2. ชนิดของ IV สำหรับเด็กโต ให้ isotonic salt solution ที่มีส่วนประกอบใกล้เคียงพลาสมา เช่น 5 % D/NSS เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปีให้ 5 % D/N/2 และ Colloidal solution ได้แก่ plasma ,plasma substate plasma expander เช่น dextran – 40

2.3. การให้ IV ระยะวิกฤต ผู้ป่วยน้ำหนักเกิน 40 กิโลกรัมควรได้รับปริมาณ 2 เท่าของ maintenance ถ้าอ้วนใช้ ideal body weight ในการคำนวณดังนี้ ideal body weight =(อายุเป็นปี X 2) + 8 กก.

2.4. Rate of IV ในผู้ป่วยไม่ช็อก เริ่มที่อัตรา maintenance +5% deficit เช่นน้ำหนัก > 20 kg ให้ 1,500 + 20 สำหรับแต่ละkg ที่มากกว่า20 ในผู้ป่วยช็อก DHF grade III ให้ 10 cc/kg/hr. และเมื่อ vital sings ดีขึ้นใน ½ -1 ชม. ให้ปรับลด rate ลง ถ้า DHF grade IV ให้ 10 cc/kg/hr. bolus หรือ Free flow 5-10 นาที หรือจนกว่าวัดความดันหรือจับชีพจรได้ เมื่อ vital sings stable พิจารณาปรับลด rate ลงมาเป็น 10 ,7,5 cc/kg/hr. ตามลำดับ โดยใช้อาการทางคลินิก Hct,vital sings และจำนวนปัสสาวะเป็นแนวทาง ในระยะ12-24 ชม.แรกของการให้ IV fluid จะต้องปรับลด/เพิ่ม rate เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำเกิน หลักการคือชดเชยในปริมาณเพียงพอเท่ากับที่จำเป็นในการไหลเวียนให้เพียงพอ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ระยะพักฟื้น ต้องหยุดให้ IV fluid ให้ผู้ป่วยพัก ไม่ทำหัตถการที่รุนแรง เช่น ถอนฟัน ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยแบบ semi-intensive care หรือ แยกผู้ป่วยไข้เลือดออกจากโรคอื่นและให้ผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็งกีไว้ด้วยกัน เพื่อความสะดวกในการดูแลรักษาพยาบาลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

2. การลดไข้ ให้ได้รับยาพาราเซตามอล ลดไข้ 10 mg/kg/ครั้ง และเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่น หรือน้ำธรรมดา ในเด็กกินยากันชักอยู่ให้ผู้ป่วยรับประทานต่อ

3. ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและ สาร electrolyte อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แนะนำการรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย งดอาหารที่มีสีด่าง ให้ดื่มนมหรือน้ำผลไม้ หรือน้ำเกลือแร่แทนน้ำเปล่า ถ้าอาเจียนให้จิบน้ำเกลือแร่ครั้งละน้อยๆบ่อยๆ

4. ให้คำแนะนำอาการที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยและญาติทราบที่ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ เช่น มีเลือดออก ผิดปกติ อาเจียนมาก ปวดท้อง กระจายน้ำตลอดเวลา ซึม ไม่ดื่มน้ำ กระสับกระส่าย ตัวลาย ปัสสาวะออกน้อย

5. ดูแลเจาะ Hct อย่างน้อยทุก 4-6 ชม.

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตรงตามแผนการรักษาของแพทย์

7. วัดและบันทึก vital signs , Hct, intake/output สีของปัสสาวะออกจากระ ไว้ที่เตียงผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการประเมินอาการ และเพื่อพิจารณาปรับ rate ของ IV fluid

8. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการดำเนินของโรค และ ความก้าวหน้าทางการรักษา

9. ให้ออกซิเจนทาง nasal canula หรือ face mask แก่ผู้ป่วยช็อกหรือหอบ หรือมีอาการทางสมอง

10. ให้การห้ามเลือดอย่างถูกวิธีในรายที่มีเลือดออกมาก เช่นการทำ anterior nasal packing สำหรับผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล

11. หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่อาจทำให้เลือดออกโดยไม่จำเป็น เช่นการใส่ NG – Tube ในผู้ป่วยที่อาเจียนเป็นเลือด หรือในรายที่สงสัยมีเลือดออกในกระเพาะ การทำ gastric irrigation or cold lavage

12. ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนิ่มนวล ไม่จำเป็นที่ต้องทำ complete bed bath

13. ดูแลแจ้งความก้าวหน้าของโรค และผลการรักษา อาการผู้ป่วยให้ญาติและผู้ป่วยทราบเพื่อลดความวิตกกังวล ของผู้ป่วยและญาติ

การป้องกัน

การป้องกันไข้เลือดออกเด็งกีทำได้โดยการกำจัดแหล่งน้ำนิ่ง ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การป้องกันโรคไข้เด็งกีต้องอาศัยการควบคุมการแพร่พันธุ์ยุงลายและป้องกันไม่ให้ยุงลายกัด (กรมการแพทย์ ,2563)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา ป . 4

วันที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565

วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565

วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 5 วัน

รวมวันที่รับไว้ในความดูแล 6 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลอรัญประเทศ และการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและญาติ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลตาพระยา ด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีแผล ไม่มีจุดเลือดออก ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย วินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีแผล ไม่มีจุดเลือดออก ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตาพระยา วันที่ 12 พฤศจิกายน 2565 เจาะเลือด Hct 35 % WBC 4,000 cell/mm² Platelet count 54,000 cells/ul ขณะนอนรักษาตัวผู้ป่วยมีไข้ตลอด ให้การรักษาแบบไข้เลือดออก ในวันที่ 3 ของการมีไข้ มีความดันโลหิตต่ำได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % NSS load 500 ml. หลังได้สารน้ำความดันโลหิตดีขึ้น หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 93-94 % room air ให้การรักษา on O2 canular 3 lit/min และให้สารน้ำ 5% D/NSS 1,000 ml rate 60 cc/hr. ไข้วันที่ 5 เจาะเลือดซ้ำผล Hct 27 % WBC 4,330 cell/mm² Platelet count 24,000 cells/ul. จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ ถึง ER รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 39.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที ,หายใจ 36 ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต 126/73 มิลลิเมตรปรอท ,ความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด 100 %

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารทางปาก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 111/71 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100 %

ลักษณะทั่วไป : รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ มีหายใจหอบเหนื่อย รูปร่างสมส่วน

ผิวหนังและเล็บ : ผิวดำ ดำแดง ไม่มีอาการบวม ไม่พบผื่น ไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

หู : ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีน้ำหนองไหล

จมูก : มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คัด ไม่เอียงผิดปกติ

ปาก : ลิ้นสีชมพู ลิ้นแข็ง ลิ้นแข็งปกติ

คอ : ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง คอไม่โต คลำไม่พบก้อน

ทรวงอกและปอด : รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ขยายได้ดี ไม่มีก้อน ปอดมีเสียงลมผ่านดังเท่ากันทั้ง 2 ข้าง มีเสียง crepitation both lung

แขนขา : เคลื่อนไหวแขนและขาทั้งสองข้างได้

หัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต : อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที เต้นแรงดี สม่าเสมอ ไม่ได้ยินเสียง

หัวใจผิดปกติ (murmur) ชีพจรที่แขนขา คอ ขาหนีบ สม่าเสมอเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 111/71 มิลลิเมตรปรอท

ระบบเลือดต่อมน้ำเหลือง : ความเข้มข้นของเลือด 31 % ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย บริเวณรักแร้และขาหนีบคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต

ระบบทางเดินอาหาร : ท้องไม่โต ไม่มีกดเจ็บ abdominal soft ,no grading คลำไม่พบตับและม้ามโต มีเสียง bowel sound

ระบบกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อ : กระดูกสันหลังอยู่ในแนวกลางลำตัวได้สัดส่วน กล้ามเนื้อแขนขาปกติ การเคลื่อนไหวของแขนขามีแรง ขยับได้

ระบบประสาท : ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีชักเกร็ง

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : ปัสสาวะออกดี ปัสสาวะสีเหลืองใส

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)					
4.1 สรุปสาระ (ต่อ)					
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
ตาราง 1 ผลการตรวจภูมิคุ้มกัน					
วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565					
รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล		
Dengue (NS1-Ag)	Negative	Negative	ปกติ		
Dengue IgG	Negative	Positive	ผิดปกติ		
Dengue IgM	Negative	Negative	ปกติ		
HBsAg	Negative	Negative	ปกติ		
Anti-HCV	Negative	Negative	ปกติ		
ตารางที่ 2 ผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte)					
รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565	การ แปลผล	ผลการตรวจวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 (7.00)	การ แปลผล
Na	136-145 mmol/L	139 mmol/L	ปกติ	129 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
K	3.5-5.1 mmol/L	3.7 mmol/L	ปกติ	3.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Cl	98-107 mmol/L	110 mmol/L	ปกติ	102 mmol/L	ปกติ
CO2	22-29 mmol/L	15 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ	13 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Ion	8-16 mmol/L	21 mmol/L	สูงกว่าปกติ	17 mmol/L	สูงกว่าปกติ
รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 (17.00)	การ แปลผล	ผลการตรวจวันที่ 19 พฤศจิกายน 2565	การ แปลผล
Na	136-145 mmol/L	130 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ	129 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
K	3.5-5.1 mmol/L	4.4 mmol/L	ปกติ	3.6 mmol/L	ปกติ
Cl	98-107 mmol/L	102 mmol/L	ปกติ	101 mmol/L	ปกติ
CO2	22-29 mmol/L	15 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ	15 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Ion	8-16 mmol/L	17 mmol/L	สูงกว่าปกติ	17 mmol/L	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตาราง 3 ผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte)

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
Na	136-145 mmol/L	136 mmol/L	ปกติ
K	3.5-5.1 mmol/L	3.7 mmol/L	ปกติ
Cl	98-107 mmol/L	102 mmol/L	ปกติ
CO2	22-29 mmol/L	17 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Ion Gap	8-16 mmol/L	21 mmol/L	สูงกว่าปกติ

ตาราง 4 ผลการตรวจ Clinical Chemistry

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565	การ แปลผล	ผลการตรวจวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565	การ แปลผล
BUN	6-20 mg/dl	7.7 mg/dl	ปกติ	10.8 mg/dl	ปกติ
eGFR	90-125 ml/min/l	96.87 ml/min/l	ปกติ	85.14 ml/min/l	ต่ำกว่าปกติ
Creatinine	0.51-1.1mg/dl	0.71mg/dl	ปกติ	0.79mg/dl	ปกติ
Amylase	28-100 U/L	57 U/L	ปกติ		
Calcium	8.6-10.0 mg/dl	7.5 mg/dl	ปกติ		
Magnesium	1.6-2.6 mg/dl	1.7 mg/dl	ปกติ		
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dl	1.3mg/dl	ต่ำกว่าปกติ		

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 5 ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565	การ แปลผล	ผลการตรวจวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565	การ แปลผล
WBC	5,000 – 10,000 cell/mm ²	4,140 cell/mm ²	ต่ำกว่าปกติ	5,680 cell/mm ²	ปกติ
RBC	4 – 6 10 ⁶ cells/ul	3.56 10 ⁶ cells/ul	ต่ำกว่าปกติ	3.46 10 ⁶ cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	12.0 – 18.0 g/dL	10.8 g/dL	ต่ำกว่าปกติ	10.5 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	37.0 – 54 %	31 %	ต่ำกว่าปกติ	30 %	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	140,000 – 400,000 cells/ul	40,000 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ	46,000 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ	0 %	ปกติ
Neutrophil	55 – 70 %	88 %	สูงกว่าปกติ	80 %	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	20 – 45 %	9 %	ต่ำกว่าปกติ	14 %	ต่ำกว่าปกติ
Monocyte	2 – 10 %	3 %	ปกติ	6 %	ปกติ
Eosinophil	0 – 9 %	0 %	ปกติ	0 %	ปกติ
MCV	80 – 100 fl	86.1 fl	ปกติ	85.7 fl	ปกติ
MCH	27 – 31 pg	30.3 pg	ปกติ	30.5 pg	ปกติ
MCHC	32 – 35 g/dL	35 g/dL	ปกติ	35.6 g/dL	ปกติ
RDW	11.5 – 14.5 %	1 %	ต่ำกว่าปกติ	1 %	ต่ำกว่าปกติ
APTT	24.8-38.3	40	สูงกว่าปกติ		
PT	10-14 sec	14.5 sec	ปกติ		
INR	0.9-1.1	1.1	ปกติ		

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 6 ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ วันที่ 19 พฤศจิกายน 2565	การ แปลผล	ผลการตรวจวันที่ 21 พฤศจิกายน 2565	การ แปลผล
WBC	5,000 – 10,000 cell/mm ²	8,320 cell/mm ²	ปกติ	9,350 cell/mm ²	ปกติ
RBC	4 – 6 10 ⁶ cells/ul	3.78 10 ⁶ cells/ul	ต่ำกว่าปกติ	3.46 10 ⁶ cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	12.0 – 18.0 g/dL	11.5 g/dL	ต่ำกว่าปกติ	10.5 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	37.0 – 54 %	32 %	ต่ำกว่าปกติ	27 %	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	140,000 – 400,000 cells/ul	22,000 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ	40,000 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ	0 %	ปกติ
Neutrophil	55 – 70 %	55 %	สูงกว่าปกติ	57 %	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	20 – 45 %	39 %	ปกติ	33 %	ปกติ
Monocyte	2 – 10 %	4 %	ปกติ	10%	ปกติ
Eosinophil	0 – 9 %	0 %	ปกติ	0 %	ปกติ
MCV	80 – 100 fl	84.9 fl	ปกติ	85.7 fl	ปกติ
MCH	27 – 31 pg	30.3 pg	ปกติ	30.5 pg	ปกติ
MCHC	32 – 35 g/dL	35.7 g/dL	ปกติ	35.6 g/dL	ปกติ
RDW	11.5 – 14.5 %	13 %	ปกติ	1 %	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 7 ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจวันที่ 22 พฤศจิกายน 2565	การแปลผล
WBC	5,000 – 10,000 cell/mm ²	8,090 cell/mm ²	ปกติ
RBC	4 – 6 10 ⁶ cells/ul	3.56 10 ⁶ cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	12.0 – 18.0 g/dL	9.7 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	37.0 – 54 %	28 %	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	140,000 – 400,000 cells/ul	58,000 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ
Neutrophil	55 – 70 %	40 %	ต่ำกว่าปกติ
Lymphocyte	20 – 45 %	50%	ปกติ
Monocyte	2 – 10 %	10 %	ปกติ
Eosinophil	0 – 9 %	0 %	ปกติ
MCV	80 – 100 fl	86.1 fl	ปกติ
MCH	27 – 31 pg	30.3 pg	ปกติ
MCHC	32 – 35 g/dL	35 g/dL	ปกติ
RDW	11.5 – 14.5 %	11 %	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 8 ผลการตรวจการทำงานของตับ (Liver function tests)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565	การ แปลผล	ผลการตรวจวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565	การ แปลผล
Total Protein	6.6-8.7 g/dl	5.3 g/dl	ปกติ	4.9 g/dl	ต่ำกว่าปกติ
Albumin	3.5-5.2 g/dl	2.7 g/dl	ต่ำกว่าปกติ	2.4 g/dl	ต่ำกว่าปกติ
Globulin	2-3.5 g/dl	2.6 g/dl	ปกติ	2.5 g/dl	ปกติ
Total Bilirubin	0-1.2 mg/dl	1.3 mg/dl	สูงกว่าปกติ	1.5 mg/dl	สูงกว่าปกติ
Direct Bilirubin	< 0.30 U/L	1.0 U/L	ปกติ	1.2 U/L	สูงกว่าปกติ
AST(SGOT)	< 40 U/L	115 U/L	สูงกว่าปกติ	137 U/L	สูงกว่าปกติ
ALT (SGPT)	< 33 U/L	44 U/L	สูงกว่าปกติ	42 U/L	สูงกว่าปกติ
Alkaline phosphatase	35-104 U/L	83 U/L	ปกติ	84 U/L	ปกติ

ตารางที่ 9 ผลการตรวจปัสสาวะ (Urine analysis: UA)

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
Color	Yellow	-	ปกติ
Turbidity	Clear	Clear	ปกติ
Specific gravity	1.005-1.030	1.020	ปกติ
pH	5.0-8.0	5.5	ปกติ
Urine Protein	Negative	Trace	สูงกว่าปกติ
Urine Urobilinogen	Negative	Trace	สูงกว่าปกติ
Urine Bilirubin	Negative	Negative	ปกติ
WBC	0-5 cell/HP	0-1 cell/HP	ปกติ
Epi.Sq	0-2 cell/HP	0-1 cell/HP	ปกติ
Bacteria	Few	ไม่พบ	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 10 ผลการเจาะ hematocrit

วันที่	เวลา	ผลการตรวจ	การแปลผล	หมายเหตุ
วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565	12.00 น.(ER)	31	ปกติ	Keep Hct. 28-34 %
	18.00 น.	30	ปกติ	
	24.00 น.	32	ปกติ	
วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565	06.00 น.	30	ปกติ	Keep Hct. 27-36 %
	12.00 น.	33	ปกติ	
	18.00 น.	32	ปกติ	
	24.00 น.	31	ปกติ	
วันที่ 19 พฤศจิกายน 2565	06.00 น.	31	ปกติ	Keep Hct. 25-40 %
	12.00 น.	33	ปกติ	
	18.00 น.	34	ปกติ	
	24.00 น.	32	ปกติ	
วันที่ 20 พฤศจิกายน 2565	06.00 น.	32	ปกติ	Keep Hct. 25-40 %
	12.00 น.	34	ปกติ	
	18.00 น.	33	ปกติ	
	24.00 น.	31	ปกติ	
วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565	06.00 น.	30	ปกติ	Keep Hct. 25-40 %
วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565	06.00 น.	28	ปกติ	Keep Hct. 25-40 %

ตารางที่ 11 ผลการตรวจทางรังสี

วันที่	ท่า	การอ่านผล
วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565	CXR PA upright	Bilateral pleural effusion, leakage
วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565	CXR PA upright	Bilateral pleural effusion, leakage
วันที่ 19 พฤศจิกายน 2565	CXR PA upright	Blunt CPA cephalization ลดลง
วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565	CXR PA upright	Not seen infiltration, Blunt CPA cephalizationลดลง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

การวินิจฉัยของแพทย์

ไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก (Dengue shock syndrome – DSS)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 เวลา 14.45

แรกรับ รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหญิง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีหายใจหอบเหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีบวมตามร่างกาย ไม่มีจุดเลือดออก ไม่ปวดท้อง ให้ O₂ cannular 3 Lit/min ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 98% ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 107 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/65 มิลลิเมตรปรอท ผลทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC 4,140 cells/ul. hematocrit 31 % Platelet count 40,000 cells/ul Neutrophil 88 % Lymphocyte 9 % Monocyte 3 % Immunology Dengue พบ IgG ผล positive, Malaria parasite ผล not found ติดเชื้อไข้เลือดออก เสี่ยงต่อเลือดออกผิดปกติ และในอวัยวะสำคัญ ดูแลให้พักผ่อน ติดตามสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ติดเครื่อง monitor EKG แนะนำให้งดอาหารสีดำสีแดง กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่ record fluid intake output และ bleeding precaution ติดตามความเข้มข้นของเลือดทุก 6 ชม. ผู้ป่วยดื่มน้ำเกลือแร่ได้ รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาเจียน ไม่พบเลือดออกผิดปกติ ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gm vein drip วันละครั้ง, Doxycycline 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร เข้า เย็น และ Domperidone 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร ฟังปอดได้เสียง crepitation both lung ผลการตรวจปอดทางรังสี พบมี Bilateral pleural effusion จากการ leakage ของน้ำ ดูแลให้ออนศรีระสูง 30 องศา และให้ได้รับออกซิเจน cannular 3 LPM และให้การรักษา ฉีด Lasix 20 mg IV หลังฉีดยาปัสสาวะออก 600 มล.เวลา 18.00 น.มีไข้ 39.4 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้ paracetamol 500 mg 1 เม็ด หลังรับประทานยา ไข้ลดลง อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที เต็มเบาสม่ำเสมอ หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/60 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 99 % ผลการตรวจอิลิคโทรไลต์ ปกติ การทำงานของตับ SGOT 137 U/L และ SGPT 41 U/L สูงกว่าปกติ ฟังปอดข้างขวาเสียงปกติ ข้างซ้ายยังมีเสียง crepitation ค่าHct. อยู่ระหว่าง 30 - 32 % สังเกตอาการต่อ

วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565

06.00น.รู้สึกตัวดีไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีหายใจหอบเหนื่อยอัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ให้ได้รับออกซิเจน cannular 3 LPM ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 100 % มีไข้ 39.4 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้ paracetamol 500 mg 1 เม็ด หลังรับประทานยา ไข้ลดลง อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมี K= 3.0 mmol/L มีภาวะ hypokalemia และ Na = 129 mmol/L ดูแลให้ได้รับยา E.Kcl 30 ml. ทุก 3 ชม.2 ครั้งและให้ดื่มน้ำเกลือแร่บ่อย ๆ หลังรับประทานยาครบ เจาะเลือดซ้ำ ผลปกติ ไม่พบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผลการตรวจทางรังสี มี Bilateral pleural effusion

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 (ต่อ)

ฟังเสียงปอด ข้างขวาเสียงปกติ ข้างซ้ายยังมีเสียง crepitation ลดลง แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะต่อและให้การรักษาคีด Lasix 20 mg IV ติดตาม Hct.ทุก 6 ชม. Keep Hct 27-36 % Hct.อยู่ระหว่าง 30 - 33% WBC 5,680 cells/ul. Platelet count 46,000 cells/ul Neutrophil 80 % Lymphocyte 14 % ไม่พบจ้ำและจุดเลือดออก ฝ้ากระวัง bleeding precaution บันทึกสัญญาณชีพทุก 2 ชม.และติดเครื่อง monitor EKG ชีพจร อยู่ระหว่าง 92-116 ครั้ง/นาที แรงชัดเจน สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 90/57 - 107/57 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 100 % ขณะให้ออกซิเจน แพทย์ให้ Keep \geq 95 % Room Air เวลา 22.00น.มีไข้ 38.1 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้ paracetamol 500 mg 1 เม็ด หลังรับประทานยา ไข้ลดลง อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส record fluid output Keep $>$ 200 ml/ 4 hr. เวลา 23.30 น.ปัสสาวะออก 200 ml แพทย์ให้การรักษาคีด Lasix 20 mg IV สังเกตจำนวนปัสสาวะ และสัญญาณชีพต่อ fluid intake = 1,400 ml fluid output = 2,300 ml. มีถ่ายเหลว 2 ครั้งไม่มีมูกเลือดปน ส่งตรวจอุจจาระผลปกติ

วันที่ 19 พฤศจิกายน 2565

รู้สึกตัวดี มีอ่อนเพลีย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ถามตอบรู้เรื่อง มีไข้อุณหภูมิ 38.3-39.3 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้ paracetamol 500 mg 1 เม็ด หลังรับประทานยา ไข้ลดลง อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่ หลังรับประทานยา ไข้ลดลงอุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 98 % RA ผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะ hyponatremia ผล Na= 127 mmol/L ให้ดื่มน้ำเกลือแร่ ผลการตรวจทางรังสี มี Bilateral pleural effusion ลดลง ฟังเสียงปอดข้างขวาเสียงปกติ ข้างซ้ายมีเสียง crepitation ลดลง record fluid output ขาดทุน 500 ml. แพทย์ให้การรักษาคีด Lasix 20 mg IV ผลทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC 8,320 cells/ul. hematocrit 32 % Platelet count 22,000 cells/ul Neutrophil 55 % Lymphocyte 38 % เข้าสู่ระยะวิกฤติ ดูแลวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. และติดตามการเต้นของชีพจร ทั้งความแรงและจังหวะของชีพจร สังเกตอาการหายใจหอบเหนื่อย อาการแสดงภาวะเลือดออกผิดปกติ ให้อนพักผ่อนบนเตียง งดกิจกรรมที่เกิดความกระตือรือร้นแรง ผู้ป่วยและญาติรับทราบคำแนะนำ และปฏิบัติตาม ความดันโลหิต 92/60 - 118/60 มิลลิเมตรปรอท pulse pressure มากกว่า 20 มม.ปรอท ติดตาม Hct. ทุก 6 ชม.Keep Hct 27-36 % Hct.อยู่ระหว่าง 30 - 33 % ระยะห่างไม่มีไข้ 18 ชม.

วันที่ 20 พฤศจิกายน 2565

วันที่ 8 ของการมีไข้ รู้สึกตัวดี ไม่มีปวดท้อง รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีหายใจหอบเหนื่อยนอนราบได้ ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 95-98 % มีถ่ายเหลว 2 ครั้ง ไม่มีจ้ำเลือด ผลทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 20 พฤศจิกายน 2565 (ต่อ)

Hemoculture ผล No Growth ผล CBC WBC 9,350 cells/ul. hematocrit 27 % Platelet count 40,000 cells/ul Neutrophil 57 % Lymphocyte 33 % ฟังเสียงปอด ข้างขวาเสียงปกติ ข้างซ้ายยังมีเสียง fine crepitation อ่อนเพลีย นอนเป็นส่วนใหญ่ ดูแลวัดสัญญาณชีพทุก 2 ชม. สังเกตอาการหายใจหอบเหนื่อย อาการแสดงภาวะเลือดออกผิดปกติ มีไข้ 38.4-38.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้ paracetamol 500 mg 1 เม็ด หลังรับประทานยา ไข้ลดลง อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 109/54 - 136/71 มิลลิเมตรปรอท pulse pressure มากกว่า 20 มม.ปรอท ติดตาม Hct. ทุก 6 ชม. Keep Hct 25 - 40 % Hct. อยู่ระหว่าง 31 - 34 % ปัสสาวะออกดีต่อ fluid intake = 1,500 ml fluid output = 1,700 ml. แพทย์วางแผนการรักษาให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 7 วัน

วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565

รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีไข้เลือดออก ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีบวมตามร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ scrub typhus IgM ผล Negative ผลการตรวจ Melioid titer < 1:160 ฟังเสียงปอด crepitation ลดลง แพทย์ยังสงสัยการติดเชื้อ Topical infection วางแผนการรักษาให้ไปรับยาฉีดทางหลอดเลือดให้ครบ 7 วัน ที่รพ. ตาพระยา ผลการตรวจทางรังสี not seen infiltration, Blunt CPA ลดลง ดูแลวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/55 - 116/57 มิลลิเมตรปรอท pulse pressure มากกว่า 20 มม.ปรอท ติดตาม Hct. วันละครั้ง. Keep Hct 25 - 40 % Hct. 28 % เตรียมผู้ป่วยก่อนส่งกลับ ปัสสาวะออกดี fluid intake = 1,200 ml, fluid output = 1,300 ml.

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565

รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีไข้ ไม่มีอาเจียน ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีจุดเลือดออก ปัสสาวะสีเหลืองใส รับประทานอาหารได้มากขึ้น ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 96-99 % CBC WBC 5,090 cells/ul. hematocrit 28 % Platelet count 58,000 cells/ul Neutrophil 40 % Lymphocyte 50 % ผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ ปกติ ดูแลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การรับประทานอาหาร การงดการออกกำลังกายที่หนัก การสังเกตอาการผิดปกติที่มาพบแพทย์ แพทย์พิจารณาส่งกลับรพ. ตาพระยา รวมระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด
2. ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีภาวะน้ำท่วมปอด
3. มีภาวะเสียสมดุลสารอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย
4. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้
5. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ
6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากผู้ป่วยถูกส่งมาต่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลตาพระยา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตาพระยา เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2565 ด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีแผล ไม่มีจุดเลือดออก ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ขณะนอนรักษาตัวผู้ป่วยมีไข้ตลอด ให้การรักษาแบบไข้เลือดออก ไข้วันที่ 5 เจาะเลือดซ้ำผลพบ Hct , Platelet count ต่ำลง จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมหญิง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีหายใจหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีบวมตามร่างกาย ไม่มีจุดเลือดออก ไม่ปวดท้อง on O₂ cannular 3 LPM ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 98% ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 107 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/65 มิลลิเมตรปรอท ผลทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC 4,140 cells/ul. hematocrit 31 % Platelet count 40,000 cells/ul Neutrophil 88 % Lymphocyte 9 % Monocyte 3 % Immunology Dengue พบ IgG ผล positive, แพทย์วินิจฉัยเป็นไข้เลือดออก เสี่ยงต่อเลือดออกผิดปกติ และในอวัยวะสำคัญ ดูแลให้พักผ่อน ติดตามสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ติดเครื่อง monitor EKG แนะนำให้งดอาหารสีดำสีแดง กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่ record fluid intake output และ bleeding precaution เจาะ Hct. ทุก 6 ชม. ผู้ป่วยดื่มน้ำเกลือแร่ได้ รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาเจียน ไม่พบเลือดออกผิดปกติ ได้รับการรักษา ให้ยาปฏิชีวนะ และยาแก้ไอ ฟังปอดได้เสียง crepitation both lung ผลการตรวจปอดทางรังสี พบมี pleural effusion จากการ leakage ของน้ำ ดูแลให้นอนศีรษะสูง 30 องศา และให้ได้รับออกซิเจน cannular 3 LPM และให้การรักษา ฉีด Lasix 20 mg IV หลังฉีดยาปัสสาวะออกดี ยังมีไข้ตลอด ชีพจรเต้นเบา สม่่าเสมอ หายใจไม่หอบ on O₂ cannular ไว้ ความดันโลหิต pulse pressure มากกว่า 20 มม.ปรอท ผลอิเล็กโทรไลต์ปกติ การทำงานของตับ SGOT 137 U/L และ SGPT 41 U/L สูงกว่าปกติ วันที่ 2 ของการดูแล ไข้ Day 6 รับประทานอาหารได้น้อย มีถ่ายเหลว ไม่มีมูกเลือดปน ส่งตรวจ stool parasite ผลปกติ สัญญาณชีพคงที่ มีภาวะ hypokalemia hyponatremia กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่ทดแทน และให้ E.Kcl 30 ml 2 dose จากการส่งฉายภาพรังสีปอดยังพบว่ามี pleural effusion ปอดยังมี crepitation แพทย์ฉีดยาขับปัสสาวะ ปัสสาวะออกรวม 600 ml. วันที่ 3 ของการดูแล ไข้ Day 7 เกล็ดเลือดลดลง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

เหลือ 22,000 cells/ul มีไข้ 38-39 องศาเซลเซียส ได้ยาลดไข้ ไข้ลดลง รับประทานอาหารได้น้อย มีอาเจียน 1 ครั้งถ่ายเหลว 2 ครั้ง จากการส่งฉายภาพรังสีปอด พบว่า not seen infiltration ฟังเสียงปอดยังมี crepitation แพทย์ฉีดยาขับปัสสาวะ ปัสสาวะออกรวม 600 ml. อาการหอบลดลง หายใจ room air ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 96-99 % วันที่ 4 ของการดูแล ไข้ Day 8 hematocrit ลดลงเหลือ 27 % Lymphocyte มีค่าสูงขึ้นเป็น 33 % ฟังเสียงปอด ข้างขวาเสียงปกติ ข้างซ้ายยังมีเสียง fine crepitation อ่อนเพลีย นอนเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย วันที่ 5 ไข้ Day 8 จากการส่งฉายภาพรังสีปอด ยังพบว่ามี pleural effusion, Blunt CPA ลดลง ปอดยังมีเสียง crepitation ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเพาะเชื้อ ไม่พบการติดเชื้อ แพทย์วางแผนการรักษาโดยส่งกลับไปฉีดยาปฏิชีวนะต่อโรงพยาบาลต้นสังกัด เตรียมผู้ป่วย และญาติก่อนการส่งกลับ วันที่ 6 ของการดูแล ไข้ Day 9 รู้สึกตัวดีตามตอบรู้อะไร ไม่มีไข้ ไม่มีอาเจียน ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีจุดเลือดออก ปัสสาวะสีเหลืองใส รับประทานอาหารได้มากขึ้น ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 96-99 % CBC WBC 5,090 cells/ul. hematocrit 28 % Platelet count 58,000 cells/ul Neutrophil 40 % Lymphocyte 50 % ผลการตรวจ อิเล็กโทรไลต์ปกติ ดูแลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การรับประทานอาหาร การงดการออกกำลังกายที่หนัก การสังเกตอาการผิดปกติที่มาพบแพทย์ แพทย์พิจารณาส่งกลับรพช.ตาพระยาเพื่อให้ยาปฏิชีวนะรับประทานและฉีดต่อจนครบ 7 วัน รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ถึงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2565 รวมระยะเวลาที่รับในความดูแล 6 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกโรคที่สนใจ ผู้ป่วยที่พบได้บ่อยมีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง และผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน
3. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ประวัติการเจ็บป่วย อาการสำคัญ การตรวจร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการศึกษา นำมาวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ แรกรับไว้ในความดูแลจนถึงวันจำหน่ายออกจากความดูแล
4. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
5. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน
6. สรุป ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
7. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
8. จัดทำเอกสาร พิมพ์ ตรวจสอบความถูกต้อง และเผยแพร่ผลงานโดยเสนอผลงานในการประชุมในการประชุมในหน่วยงานและภายในโรงพยาบาลรัฐประเทศ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก
2. เพื่อให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกจำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ถึง วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565 รวมระยะเวลาในการดูแล 6 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วย ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก
3. ใช้เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคคลากรทางการพยาบาลเมื่อจบใหม่ หรือมาฝึกงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยไข้เลือดออกรายนี้มีระยะของโรคไข้เลือดออกไม่ชัดเจน ในระยะช็อกผู้ป่วยยังมีอาการไข้ โดยปกติไข้เลือดออกผู้ป่วยจะไม่มีไข้ เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้ออย่างอื่นร่วม จะเห็นได้จากระยะห่างของการมีไข้ แพทย์วินิจฉัยอาจมี Topical infection เนื่องจากเมื่อให้ยาปฏิชีวนะแล้ว อาการของไข้ดีขึ้นและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้บ่งบอกถึงผู้ป่วยเข้าสู่ระยะพักฟื้นแล้ว ดังนั้นการเฝ้าระวังสังเกตภาวะช็อกเราจะสังเกตสัญญาณชีพเพียงอย่างเดียวไม่ได้ ต้องดูผลทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเข้าสู่ระยะวิกฤติเมื่อใด เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญในการวินิจฉัยในแต่ละระยะของโรคไข้เลือดออก หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า อาจทำให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ไตวาย หรืออาจเสียชีวิตได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. เนื่องจากผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคไข้เลือดออกที่ไม่เป็นไปตามการดำเนินของโรค การให้สารน้ำในแต่ละระยะจึงมีความสำคัญมาก การคิดคำนวณปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างเหมาะสม ในแต่ละราย หากให้มากเกินไปการรั่วของพลาสมา หรือน้ำ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาแทรกซ้อนในระยะช็อกและระยะพักฟื้น อาจผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

2. เนื่องจากพยาบาลที่จบใหม่ยังไม่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก ร่วมกับการ มีระยะไข้ยาวนานถึงระยะพักฟื้น ทำให้ขาดการติดตามสัญญาณชีพที่มีระยะห่างมากเกินไป ในระยะไข้ถ้าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว พยาบาลควรติดตามสัญญาณชีพและ การฟังปอดเพื่อประเมินการรั่วของน้ำเข้าระหว่างเยื่อหุ้มปอด.

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมประชุมวิชาการเรื่องการดูแลไข้เลือดออก ในโรงพยาบาลอรัญประเทศ
2. ควรนิเทศพยาบาลที่จบใหม่ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล และการให้สารน้ำในแต่ละระยะ ให้เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย
3. ควรมีการจัดทำแนวทางการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกสำหรับโรงพยาบาลอรัญประเทศ แจกให้กับหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม

10. การเผยแพร่ผลงาน

- นำเสนอกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก ในการประชุมประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวอนุรักษ์ เพ็ชรรัตน์ ผู้เสนอมีส่วนส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *อนุรักษ์ เพ็ชรรัตน์*

(นางสาวอนุรักษ์ เพ็ชรรัตน์)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *26* / *ก.ค.* / *2566*

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1.นางสาวนุรักษ์ เพ็ชรรัตน์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงาน ดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางพัทธ์ธีรา เจนช่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

(วันที่) 26 / ๑.๑. / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสมพร ปิ่นกอง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 15 / ๑.๑. / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายราเชษฐ เจริญพนม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

(วันที่) ๒๕ / ๑.๑. / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(.....(นายธรรพพงษ์...สืบโค)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) ๒๘ / ๑.๑. / ๒๕๖๖

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง แนวทางการนิเทศพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน

2.หลักการและเหตุผล

กระบวนการนิเทศทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่ถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญของการนิเทศ การพยาบาล แบบแผนการนิเทศที่มีลำดับขั้นตอนที่ต่อเนื่อง ขาดขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งไม่ได้ เพราะการนิเทศเป็นกระบวนการที่ใช้ควบคุม การกำกับงานเพื่อให้งานนั้นดำเนินโดยถูกต้องตามหลักและเป้าหมายที่วางไว้ (สุพิศกิตติรัชดา, 2551) กระบวนการนิเทศที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การวางแผน (Planning process) ซึ่งประกอบด้วย ปรัชญา หลักการแนวคิด และ วัตถุประสงค์เพื่อกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา 2. การจัดโครงสร้างการดำเนินการนิเทศทางการพยาบาล (Organizing process) เป็นการ สร้างเกณฑ์ในการทำงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ แบ่งงาน มอบหมายงานตามตำแหน่งหน้าที่และให้อำนาจในการดำเนินการนิเทศการพยาบาล 3. การโน้มน้าว (Leading process) ที่นิเทศทางการพยาบาลดำเนินการตามกระบวนการ นิเทศ กำหนดกิจกรรม การนิเทศการพยาบาลและวิธีการที่จะปฏิบัติกรนิเทศการพยาบาล 4. การควบคุมการปฏิบัติงาน (Controlling process) ผู้นิเทศการพยาบาล พิจารณา มอบหมายงาน ให้ความสะดวกต่าง ๆ กำหนดเครื่องมือที่กำกับดูแล 5. การติดตามตรวจสอบการปฏิบัติ (Assessing process) คือขั้นตอนการติดตามประเมินผล การปฏิบัติกรนิเทศการพยาบาล (ประภากร ธาราศ์กดี,2546)

ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมโรงพยาบาลรัฐประเทศในปี 2563-2565 มีพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน จำนวน 1,3 และ 5 คน ตามลำดับ เนื่องจากมีพยาบาลเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงานอยู่เสมอ การนิเทศทางการพยาบาล ในพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน เป็นแบบพี่ดูแลน้อง ยังไม่มีแนวทางการนิเทศที่ชัดเจน หรือเป็นแนวทางปฏิบัติ ทีมพยาบาลพี่เลี้ยง อาจเกิดการนิเทศซ้ำซ้อนกัน ทำให้ผู้นิเทศได้รับการนิเทศทางการพยาบาล ไม่ครบทุกด้าน

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดนำกระบวนการนิเทศมาใช้ใน การนิเทศพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการนิเทศที่เหมาะสมและเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพระดับมาตรฐาน และเป็นกระบวนการให้การช่วยเหลือ สนับสนุนในการบริหารจัดการงานของบุคลากร ซึ่งทำให้บุคลากรสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมโรงพยาบาลรัฐประเทศได้ให้มีพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน ทุกปี และมีพยาบาลที่มีประสบการณ์มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงานอยู่บ่อยครั้ง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการจัดการหรือบรรเทา ความเครียดที่เกิดจากการมาปฏิบัติงานใหม่ การสนับสนุนให้การช่วยเหลือ (supportive supervision) และด้านการให้คำแนะนำและความรู้ (educational supervision) เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะต่าง ๆ ของบุคลากร การนิเทศทางการพยาบาล ในพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน ผู้ที่ทำหน้าที่นิเทศต้องมีความรู้และมีความถนัดในเรื่องนั้น ๆ เช่นการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ การทำหัตถการต่าง ๆ ยิ่งผู้นิเทศมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมากเท่าไรก็จะยิ่งทำให้การนิเทศเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน

มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ควรมีทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ มองเห็นประโยชน์ในการพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรหรือคุณภาพงานให้สูงขึ้น แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกัน เปิดใจกว้าง เอื้อเฟื้อ เอื้ออาทร ต่อกัน

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีเสนอแนวทางการนิเทศพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน มาใช้ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม เพื่อให้หน่วยงานมีแนวทางในการนิเทศพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน ได้รับการนิเทศอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องครอบคลุมทุกองค์ประกอบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น
2. เพื่อให้หน่วยงานมีแนวทางการนิเทศพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน ธันวาคม 2566 – พฤษภาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลอรัญประเทศ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆเกี่ยวแนวคิดการนิเทศทางการพยาบาล
2. ปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการยื่นเสนอแนวคิดให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม
 - 3.1 เสนอแนวทางในการนิเทศและฝึกปฏิบัติ
ฝึกปฏิบัติงาน โดยฝึกบทบาทต่างๆ ดังนี้
 - ฝึกบทบาทหัวหน้าเวร (Incharge) อย่างน้อย 4 ครั้ง
 - ฝึกบทบาทหัวหน้าทีม (leader) อย่างน้อย 4 ครั้ง
 - ฝึกบทบาทสมาชิกทีม (Member) อย่างน้อย 4 ครั้ง
 - การเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) อย่างน้อย 4 ครั้ง
 - 3.2 เสนอการประเมินผล
 - ประเมินผลนิเทศเมื่อปฏิบัติงานครบ 1 เดือน โดยใช้ใบประเมินผลการปฏิบัติงาน
 - ประเมินความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศและผู้นิเทศ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจการ

นิเทศ

4. นำเสนอแนวคิดในวาระการประชุมของคณะกรรมการ
5. นำไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแนวทางการนิเทศพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เมื่อนำแนวทางการนิเทศพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน มาใช้ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม

1. บุคลากรมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น
2. มีแนวทางทางการนิเทศพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน
3. ได้รับความพึงพอใจจากผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละการประเมินผลการมาปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ ร้อยละ 90
2. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศและผู้ถูกนิเทศ มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ)
(นางสาวอนุรักษ์ เพ็ชรรัตน์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) 26 / 11 / 2566

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดร่วมกับมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2565 รวมระยะเวลาดูแล 5 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension : HT)

ความหมายของโรค

โรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่ความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติตลอดเวลา ความดันเลือดประกอบด้วย 2 ค่า ได้แก่ ความดันช่วงหัวใจบีบและความดันช่วงหัวใจคลาย ซึ่งเป็นความดันสูงสุดและต่ำสุด ความดันช่วงหัวใจบีบเกิดเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวมากที่สุด ความดันเลือดปกติขณะพักอยู่ในช่วง 100-140 มิลลิเมตรปรอทในช่วงหัวใจบีบ และ 60-90 มิลลิเมตรปรอทในช่วงหัวใจคลาย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

พยาธิสภาพ

1. ค่าของปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดและความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือดอย่างไรอย่างหนึ่งสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น เพื่อให้เลือดไหลผ่านได้เป็นผลให้ความดันโลหิตสูง
2. การทำหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติกมากกว่าปกติ ทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจและการหดตัวของเลือด มีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
3. ระดับเรนินในหลอดเลือดสูง มีผลให้ Angiotensin II สูง มีผลกระตุ้นให้หลอดเลือดตีบตัวอย่างแรง
4. เป็นการเพิ่มความต้านทานปลายทาง นอกจากนี้มีผลให้หลอดเลือดดำหดตัว ทำให้ปริมาตรเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้นความดันโลหิตจึงสูงขึ้น การเพิ่มการหลั่งของ Aldosterone ทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมที่ไต เป็นผลให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ภาวะของโรคที่มีผลกระทบ ทำให้เกิดการทำหน้าที่ของระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ เช่น ความผิดปกติที่ไต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

สาเหตุ

ความดันโลหิตสูง สามารถจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary or essential hypertension) พบได้ประมาณ 95% ในผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่ม เป็นต้น
2. ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้น้อย คือประมาณ 5-10 % ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพที่ไต ผิดปกติของระบบประสาทการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ และการถูกสารเคมี เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

อาการและอาการแสดง

อาการเริ่มแรกที่พบ คือ ปวดศีรษะเนื่องจากการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยมักรู้สึกหลัง ตื่นนอน และเป็นบริเวณท้ายทอย มีเลือดกำเดาไหล อาจมีอาการสับสน มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกกลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีก หัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนถึงขั้นตาบอดได้ ไตวายเรื้อรัง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยได้จากการซักประวัติอาการ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการใช้ยา การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อหาสาเหตุปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การรักษา

- การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (life style modification)

ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

- การให้ยาลดความดันโลหิต แนวทางการรักษาโดยทั่วไปแพทย์จะเลือกใช้ยาในกลุ่ม diuretics หรือ beta-blockers ก่อน เนื่องจากสามารถลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิต (morbidity and mortality) จากการใช้ยาในระยะยาวได้ ในการใช้ยาควรเริ่มจากขนาดต่ำ ๆ ก่อน แล้วค่อยๆปรับเพิ่มขนาดจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การพยาบาล

ในการควบคุมการดำเนินของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังนี้

1. การควบคุมอาหาร ควรรับประทานอาหารจำพวกไขมันไม่อิ่มตัวคือ ไขมันจากพืชและผลไม้ ควรรับประทาน ทุกวัน ลดอาหารรสเค็ม
2. ลดการดื่มแอลกอฮอล์เพราะแอลกอฮอล์จะเพิ่ม rennin หรือ aldosterone ซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
3. แนะนำให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูดด้วยเพราะนิโคติน (nicotine) ในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
4. การออกกำลังกาย แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอ แนะนำให้ควบคุมน้ำหนัก
5. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
6. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าช้า ๆ ระวังระวังอาการหน้ามืด

(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ความหมายของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้สมองขาดเลือดและออกซิเจน ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้เซลล์สมองค่อย ๆ ตายลง (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

พยาธิสภาพ

1.โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง หลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

1.1. โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

1.2. โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด จนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง แบ่งได้อีก 2 ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

2.1. โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

2.2. โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สาเหตุ

- โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มีสาเหตุ เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้เลือดและออกซิเจนไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมอง โดยการอุดตันเกิดขึ้นจากคราบพลัคไปเกาะสะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือดจนตีบตัน และขัดขวางการไหลเวียนของเลือด
- โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic Stroke) หรือที่รู้จักอีกชื่อหนึ่งว่าภาวะเส้นเลือดในสมองแตก เกิดขึ้นได้น้อยกว่าชนิดแรก สาเหตุมักเกิดจากความดันโลหิตสูง อันมีปัจจัยมาจากความเครียด โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก โรคอ้วน

อาการและอาการแสดง

อาการที่เกิดขึ้นจะอยู่กับความเสียหายของสมอง โดยอาการของโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ชนิด จะค่อนข้างคล้ายกัน แต่ชนิดเลือดออกในสมองจะมีอาการปวดศีรษะและอาเจียนร่วมด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีหลายอาการร่วมกัน เช่น

1. อ่อนแรง (weakness) และ/หรือชา ร่วมกับอาการชาใบหน้าข้างใดข้างหนึ่ง (numbness)
2. ตามองเห็นไม่ชัดหรือมืดทันทีทันใด หรือมองไม่เห็นครึ่งซีกของลานสายตา
3. มองเห็นภาพซ้อน หลับตาไม่สนิท
4. ปากเบี้ยว (facial droop) พูดไม่ชัด รู้สึกลิ้นแข็งเวลาพูด พูดไม่ออก พูดไม่เข้าใจ มีความผิดปกติในการใช้ภาษา (speech disturbance)
5. ปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะ หรือบ้านหมุน เดินเซ

สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองคือ "F.A.S.T" มาจาก

F = Face เวลายิ้มพบว่ามุมปากข้างหนึ่งตก

A = Arms ยกแขนไม่ขึ้น 1 ข้าง

S = Speech มีปัญหาด้านการพูดแม้ประโยคง่าย ๆ พูดแล้วคนฟังไม่รู้เรื่อง

T = Time ถ้ามีอาการเหล่านี้ ให้รีบไปโรงพยาบาลโดยด่วนภายใน 3 ชั่วโมง

(สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติ อาการเจ็บป่วยต่าง ๆ และประวัติครอบครัว
2. การตรวจเลือด แพทย์อาจสั่งให้มีการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อนำไปทดสอบดูการก่อตัวของลิ่มเลือด
3. การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) จะช่วยให้แพทย์เห็นภาพโดยรวมของสมอง
4. การเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI)
5. การตรวจอัลตราซาวด์หลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid Ultrasound)
6. การฉีดสีที่หลอดเลือดสมอง (Cerebral Angiogram)
7. การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) วิธีนี้มักใช้ตรวจการทำงานของหัวใจ

(สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การรักษา

- โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) การรักษาจะเน้นไปที่การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการและป้องกันอาการอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง ยาบางชนิดจะต้องรีบใช้ทันทีเมื่อเกิดอาการและใช้ในระยะเวลาสั้น ๆ จนกว่าอาการจะเริ่มดีขึ้น แต่ยาบางชนิดอาจต้องใช้ต่อเนื่องในระยะยาว
- โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) รักษาโดยการต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อกำจัดลิ่มเลือดออกจากสมอง และซ่อมแซมหลอดเลือดในสมองที่แตกหรือฉีกขาด

(สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การพยาบาล

1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะผัก ผลไม้ที่มีไฟเบอร์สูง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง รสเค็มจัด ที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง
2. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายสามารถช่วยควบคุมน้ำหนัก
3. งดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. ควบคุมระดับ cholesterol ควรตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยทุก 6 - 12 เดือน
5. ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด
6. รักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีอาการของโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ควรเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
7. พบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันความผิดปกติที่อาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ควรพบแพทย์และตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 (Coronaviruses : CoVs OR COVID 19)

ความหมายของโรค

โรคโควิด-19 (COVID-19, ย่อจาก Coronavirus disease 2019) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 ทำให้เกิด ไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ

(แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพ

SARS-CoV-2 จำแนกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ SARS-CoV-2 L type และ S type L type กลายพันธุ์มาจาก S type ซึ่งก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคได้มากกว่า ซึ่งมีภายในนิวเคลียสและภายนอกเซลล์ไวรัสมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบสำคัญ ภายในนิวเคลียสมีจีโนม (Genome) หรือข้อมูลทางพันธุกรรมของเชื้อไวรัส เรียกว่า ORF (ORF1a/b) เชื้อไวรัสที่ผ่านเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิด Cytopathic effect และ Cytokine storm ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ปอดอักเสบอย่างรุนแรง การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่างกายพร่องออกซิเจน ซ็อกเลือดเป็นกรด การแข็งตัวของเลือดเสียไป อวัยวะหลายระบบล้มเหลว และเสียชีวิต โรคจะทวีความรุนแรงมากขึ้นกรณีผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคหัวใจ (วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์,2563)

สาเหตุ

1. จากสัตว์ป่า ซึ่งคนไปสัมผัสและนำมาเผยแพร่ต่อ เริ่มจากไวรัสจากค้างคาวมีการผสมพันธุ์กับไวรัสอื่นกลายพันธุ์
2. คนที่มีเชื้อแล้วแพร่สู่คนอื่น ทางสิ่งคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ เข้าสู่ร่างกายโดย ทาง “ปาก จมูก ตา”

อาการและอาการแสดง

ระยะฟักตัวของโรค (Incubation periods) 1-14 วัน เฉลี่ย 3-7 วัน อาการ และอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอ หายใจลำบาก หายใจล้มเหลว อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และเสียชีวิตตามมา อาการและอาการแสดงจะรุนแรงมากขึ้นในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว (รำไพ นันทโนภาส,2564)

การวินิจฉัย

1. อาการและอาการแสดงทางคลินิก (Clinical symptom) อาการและอาการแสดงทางคลินิก ได้แก่ ไข้ ไอ อ่อนเพลีย มีเสมหะ หายใจเร็ว เจ็บคอ และปวดศีรษะ ตามลำดับ
2. การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์เชื้อไวรัส Reverse transcriptase- polymerase chain reaction (RT-PCR)
3. การตรวจรังสีวิทยาทรวงอก หรือ Computed tomography (CT) chest ลักษณะสำคัญ คือ ปอดมีฝ้าขาว เห็นเงาทึบ ทั้งสองข้างของปอด (แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี,2563)

การรักษา

1. การรักษาทั่วไป รักษาตามอาการและพักผ่อนให้พอให้ร่างกายอบอุ่น กินอาหาร และดื่มน้ำให้เพียงพอ
2. เฉพาะโรค เริ่มมียาต้านไวรัสต่อไวรัสชนิดนี้ในขั้นทดลองในวงกว้างแล้ว

(แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,2563)

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล วัดสัญญาณชีพ และวัดค่าความ อิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วก่อน-หลัง เดิน 3 นาที ประเมิน อาการ อาการแสดง ไข้ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก รายงานแพทย์ เมื่อพบอาการผิดปกติ แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง เหนื่อยหอบ ตาแดง หายใจลำบาก หากมีอาการให้รีบแจ้ง พยาบาล ดูแลให้ได้ รับอาหารอย่างเพียงพอ และกระตุ้นให้ผู้ป่วย ดื่มน้ำมากๆ 2-3 ลิตร/วัน ดูแลให้อ่อนหลับพักผ่อน ให้รับยา Favipiravir 200 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง 5 วัน ตามแผนการรักษาเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ระดับ uric acid สูงขึ้น ส่งตรวจ CXR วันที่ 5, 6, 7, 10 ตามแผนการรักษาของแพทย์ (รำไพ นันทโนภาส,2564)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดร่วมกับมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศชายอายุ 45 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

สถานภาพ สมรส การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 12.00 น.

วันที่รับไว้ดูแล 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 12.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 31 กรกฎาคม 2565 เวลา 14.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 4 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 5 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล ประวัติการรักษา การซักประวัติจากผู้ป่วย และเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐประเทศ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แขนขาซ้ายขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล บุคคลในครอบครัวติดเชื้อโควิด 19 มีอาการแสบจมูก มีน้ำมูกใส

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอเสมหะ ตรวจ ATK ผลลบ

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด

6 ชั่วโมงก่อนมารพ แขนขาซ้ายขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ไอเสมหะ เจ็บคอ ตรวจ ATK ผลบวก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2 ปี รับประทานยาที่โรงพยาบาลรัฐประเทศ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
ยาความดันที่ได้รับ ได้แก่ Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า

ประวัติการใช้สารเสพติด

สูบบุหรี่วันละประมาณ 1 ซอง (20 มวน), ดื่มสุราเฉพาะเวลาว่างหรือเทศกาลต่างๆ

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยโควิด 19

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการรับภูมิคุ้มกัน ได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 2 เข็ม คือ pfizer

สภาพทั่วไปแรกรับและการตรวจร่างกาย

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 = 15 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้ ไอมีเสมหะ เจ็บคอ
แขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor power grade 4 แขนขาข้างซ้ายมีกำลังปกติ Motor power grade 5 ลิ้นแข็ง
พูดไม่ชัด บ่นเหนื่อย ปวดศีรษะ เวียนศีรษะและมึนท้ายทอยเล็กน้อย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ชายไทย ผิวดำแดง รูปร่างสมส่วน สีหน้าวิตกกังวล นอนศีรษะสูง 30 องศาบนเตียง พูดไม่ชัด
แขนขาข้างขวาอ่อนแรง น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 169 เซนติเมตร BMI 29.76

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอดี

อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 165/98 มิลลิเมตรปรอท

ศีรษะ : รูปร่างปกติ กะโหลกศีรษะมีรูปร่างสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีแผล ไม่มีก้อน

ต่อมน้ำเหลืองบริเวณท้ายทอย : ไม่มีโต

ใบหน้า : ใบหน้าเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีรอยแผลเป็น มุมปากขวาตก

ผิวหนังและเล็บ : ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีแผลหรือตุ่มอักเสบ เล็บมือเล็บเท้า ตัดสั้น

ตา : ตาทั้งสองข้างมองเห็นชัดเจนดี หนังตาไม่บวม เยื่อぶตาไม่ซีด รูม่านตาเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 มิลลิเมตร
เท่ากัน 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง

หู : เท่ากันทั้ง 2 ข้าง รูปร่างปกติ ไม่มีหนองไหล ฟังเสียงได้ชัดเจน ต่อมน้ำเหลืองบริเวณหน้าใบหู และหลังใบหูไม่มีโต

จมูก : รูปร่างปกติ เยื่อจมูกสีชมพู ผนังกันจมูกไม่คดไม่มีน้ำมูก บริเวณโพรงจมูก กดไม่เจ็บ

ปากและช่องคอ : มุมปากขวาตก ริมฝีปากสีน้ำตาลคล้ำ ไม่มีเหงือกอักเสบ ทอนซิลไม่มีโต คอไม่แดง

Gag reflex : positive ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด

คอ : คอไม่พบ Thyroid ไม่บวมโต ไม่มีรอยแผล คอไม่แข็ง ก้มคอได้

ทรวงอก : ไม่มีก้อนที่เต้านมไม่มีประวัติถูกกระแทกหรือได้รับบาดเจ็บ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

การสังกะเทือนกระทบฝ่ามือเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เสียงปอดไม่มี Wheezing ทั้ง 2 ข้าง

หัวใจ : เต็มแรงและสม่ำเสมอดี ไม่มีเสียง Murmur และ thrill เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่ง

ผล EKG = Normal Sinus rhythm

ท้อง : ท้องแบนราบ ไม่มีแผลเป็น นุ่ม คลำไม่ได้ก้อน ตับม้ามไม่มีโต เสียงลำไส้ปกติ

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ระดับความรู้สึกตัวตาม Glasgow coma scale = 15 คะแนน NIHSS = 6 คะแนน แขนขา

ข้างขวาอ่อนแรง Motor power grade 4 แขนขาข้างซ้ายมีกำลังปกติ Motor power grade 5 ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด

แขน-ขา : เคลื่อนไหวแขนและขาทั้งสองข้างได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor power grade 4 แขนขาข้างซ้ายมี
กำลังปกติ Motor power grade 5

ภาวะจิตใจ : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ความคิดต่อเนื่อง รับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้แต่ค่อนข้างช้า

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 13.38 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	6550 cells/ul	4000-10000 cell/mm	ปกติ
RBC	5.28 cells/ul	4-6 10^6 /cu.mm	ปกติ
Hemoglobin	13.2 g/dl	12.0-18.0	ปกติ
Hematocrit	34%	37.0-54.0	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	294000 cells/ul	140000-400000 cells/ul	ปกติ
Band form	0%	0%	ปกติ
Neutrophil	49%	40-70%	ปกติ
Lymphocyte	40%	20-50%	ปกติ
Monocyte	7%	3-11%	ปกติ
Eosinophil	4%	0-9%	ปกติ
MCV	80.5 fl	78.9-98.6 fl	ปกติ
MCH	26.8 pg	25.9-33.4 pg	ปกติ
MCHC	33.3 g/dl	32-34.9 g/dl	ปกติ
RDW	14.10%	11.8-15.2 %	ปกติ
PT	12.5	10-14 Sec.	ปกติ
PTT	24.3	24.1-29.3 Sec.	ปกติ
INR	1.28		ปกติ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจภูมิคุ้มกันและการติดเชื้อโคโรนาไวรัส COVID 19 วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 13.38 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
COVID 19 Antigen Repid	Positive	Negative	ผิดปกติ
COVID 19 Antigen Repid	Positive	Negative	ผิดปกติ
Anti-HIV	1234	Negative	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจการทำงานของไตและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 13.38 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	11.9 mg/dl	6-20 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.92 mg/dl	0.97-1.17 mg/dl	ต่ำกว่าปกติ
eGFR	100.09 ml/min		ปกติ
Na	142 mmol/L	136-145 mmol/L	ปกติ
K	3.8 mmol/L	3.4-4.5 mmol/L	ปกติ
Cl	105 mmol/L	98-107 mmol/L	ปกติ
CO2	24 mmol/L	22-29 mmol/L	ปกติ
Iron Gap	17 mmol/L		

ตารางที่ 4 ผลการตรวจการทำงานของตับ วันที่ 28 กรกฎาคม 2565 เวลา 07.30 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Total Protein	8.2 g/dl	6.6-8.7 g/dl	ปกติ
Albumin	4.6 g/dl	3.5-5.2 g/dl	ปกติ
Globulin	3.6 g/dl	2-3.5 g/dl	สูงกว่าปกติ
Total Bilirubin	0.5 mg/dl	0-1.2 mg/dl	ปกติ
Direct Bilirubin	0.2 mg/dl	<0.30 mg/dl	ปกติ
AST (SGOT)	29 U/L	M<40,F<32	ปกติ
ALT (SGPT)	19 U/L	M<41,F<33	ปกติ
Alkaline phosphatase	64 U/L	M 40-129 ,F 35-104	ปกติ
Glucose	77	74-109 mg/dl	ปกติ
Triglyceride	86	<150 mg/dl	ปกติ
Cholesterol	182	0-200 mg/dl	ปกติ
HDL	53	M>55.F>65 mg/dl	ต่ำ
LDL	154	<100 mg/dl	สูง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

Aranyaprathed Hospital CT Scan Center

CT SCAN OF THE BRAIN วันที่ 27 กรกฎาคม 2565

CLINICAL INFORMATION: A case with suspected acute stroke.

TECHNIQUE : Pre contrast axial images were obtained through base of skull and the rest of the whole brain.

FINDINGS :

The study reveals ill define hypodense lesions at left occipital lobe (1.2x1.2 cm and 2.6x1.1 cm). Neither intra- nor extra-axial hemorrhage is noted. No shifting of midline structures is seen. No dilatation of the ventricular system is identified. Physiologic calcifications at pineal gland and both choroid plexuses are shown. All basal cisterns are preserved. Mucoperiosteal thickening at both maxillary sinuses is demonstrated. The rest of visualized paranasal sinuses and both mastoid air cells are clear. No definite bony skull defect is detected.

IMPRESSION :

1. Possibly acute infarctions at left occipital lobe.
2. No definite evidence of intracranial hemorrhage.
3. Suspected chronic both maxillary sinusitis.

ผลการตรวจทางรังสี

วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 12.00 น. ปกติ ไม่พบรอยโรค (NO Infiltration)

วันที่ 28 กรกฎาคม 2565 เวลา 07.00 น. ปกติ ไม่พบรอยโรค (NO Infiltration)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

การวินิจฉัยของแพทย์

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงที่มีสมองขาดเลือด (COVID Infection with Hypertension with Ischemic Stroke)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 27 กรกฎาคม 2565

แรกรับที่หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 NIHSS 6 คะแนน อาการสำคัญ คือ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล และมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor power grade 4 แขนขาข้างซ้ายมีกำลังปกติ Motor power grade 5 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และรับประทานยาโรคประจำตัว ไม่ต่อเนื่อง ดูแลส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผลปกติ Normal sinus rhythm ,ภาพถ่ายรังสีปอด ปกติ ไม่พบรอยโรค ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, INR ผลตรวจปกติ ระดับน้ำตาลในเลือด 106 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตรวจ Antigen Rapid ผลบวก (Positive) พบว่ามีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และดูแลส่งตรวจ CT brain non contrast พบ Acute infarction at left occipital lobe แพทย์วินิจฉัยเป็น COVID Infection with Hypertension with Ischemic stroke สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส ,อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ,อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/127 มิลลิเมตรปรอท ,ออกซิเจนในร่างกาย 98 % และประเมินออกซิเจนต่ำในเลือดขณะออกกำลังกายด้วยการลุกนั่ง (SIT TO STANGD TEST) ก่อนทำ 97 % หลังทำ 97 % แพทย์มีแผนการรักษาดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr และยา Aspirin 300 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, B-complex vitamins รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Simvastatin 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ก่อนนอน, Omeprazole 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า และพิจารณาให้รับประทานยาด้านไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมด้วย คือ วันที่ 1 Favipiravia 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 9 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง ,วันที่ 2-5 Favipiravia 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 4 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง และยาแก้อิสมะขามป้อม รับประทานเมื่อมีอาการไอ เจ็บคอ ส่งตรวจ FBS, Lipid profile พุ่งนี้ ดูแลให้ผู้ป่วยนั่งพัก 30 นาที ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ,อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ,อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/98 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย 97 % รายงานแพทย์รับทราบ ดูแลให้ยาลดความดัน Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ดทันที และติดตามความดันโลหิตซ้ำหลังรับประทานยา 1 ชั่วโมง ความดันโลหิต 218/98 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ดูแลรายงานแพทย์ให้ยาลดความดัน Hydralazine 25 มิลลิกรัม รับประทาน 2 เม็ด ทันที ประเมินซ้ำหลังรับประทานยาลดความดัน 1 ชั่วโมง ความดันโลหิต 183/98 มิลลิเมตรปรอท และดูแลให้ยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เช้า ,เย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 28 กรกฎาคม 2565

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 สีหน้าสดชื่นขึ้น พูดชัดเจนมากขึ้น ยังมีลิ้นแข็งเล็กน้อย ไม่มีอาการปวดศีรษะ แขนขาข้างขวาอ่อนแรงเล็กน้อย Motor power grade 4 แขนขาข้างซ้ายมีกำลังปกติ Motor power grade 5 อาการเหนื่อย อ่อนเพลียทุเลาลง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37 องศาเซลเซียส ,อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ,อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 169/89-199/125 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย 97-99 % แพทย์ตรวจเยี่ยมพิจารณาให้ยาลดความดันเพิ่ม Enalapril 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เผื่อระวังความดันโลหิตให้ไม่เกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS 77 mg/dl ผลปกติ ผล Lipid profile พบค่า HDL = 53 mg/dl ต่ำกว่าปกติ LDL 154 mg/dl สูงกว่าปกติ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr และดูแลส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสโคโรนา 2019 Favipiravir 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 4 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีหายใจหอบเหนื่อย มีอาการเจ็บคอเล็กน้อย ดูแลให้ยามะขามป้อม และให้คำแนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ดูแลส่งตรวจภาพถ่ายรังสีปอด ปกติไม่พบรอยโรค

วันที่ 29 กรกฎาคม 2565

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 NIHSS 2 คะแนน ผู้ป่วยพูดคุยได้ชัดเจน ลิ้นแข็งเล็กน้อย ไม่มีอาการปวดศีรษะ แขนขาทั้ง 2 ข้างเคลื่อนไหวปกติ Motor power grade 5 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.1 องศาเซลเซียส ,อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ,อัตราการเต้นของหัวใจ 68-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 159/89 – 190/100 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย 97-99 % ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด NSS 1000 ml IV drip 60 ml/hr เวลา 09.58 น. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย มีนัยหายทยอย ประเมินความดันโลหิต 190/100 มิลลิเมตรปรอท ดูแลรายงานแพทย์พิจารณาให้ยาลดความดัน Hydralazine 25 มิลลิกรัม รับประทาน 2 เม็ดทันที ประเมินความดันโลหิตหลังรับประทานยา 1 ชั่วโมง ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท เวลา 15.00 น. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย มีนัยหายทยอย ประเมินความดันโลหิต 194/121 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ออนพัก 30 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำ 187/126 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ มีอาการมีนัยหายทยอย ไม่มีตาพร่ามัว ดูแลรายงานแพทย์และดูแลให้ยาลดความดัน Doxazocin 2 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ดทันที ประเมินความดันโลหิตซ้ำหลังรับประทานยา 1 ชั่วโมง ความดันโลหิต 166/102 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 30 กรกฎาคม 2565

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 ผู้ป่วยพูดคุยได้ชัดขึ้น ลิ้นแข็งเล็กน้อย ไม่มีปวดศีรษะ แขนขา ทั้ง 2 ข้างเคลื่อนไหวปกติ Motor power grade 5 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 – 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 70 – 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/88 – 151/109 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย 97-98 % ผู้ป่วยไม่มีหายใจ หอบเหนื่อย ไม่อาการไอเสมหะ NO URI SYMPTOM แพทย์พิจารณาหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลติดตามอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน แนะนำให้ผู้ป่วยสวมใส่หน้ากากทุกครั้ง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

วันที่ 31 กรกฎาคม 2565

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 ผู้ป่วยพูดคุยได้ชัด ไม่มีปวดศีรษะ แขนขาทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวปกติ Motor power grade 5 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยไม่มีหายใจ หอบเหนื่อย ไม่อาการไอเสมหะ NO URI SYMPTOM สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 – 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 80 – 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/90 – 125/80 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย 97-98 % แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดูแลแนะนำให้รับประทานยา ต่อเมื่อกลับบ้าน คือ Aspirin 300 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า, B-complex vitamins รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น, Simvastatin 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ก่อนนอน, Omeprazole 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหาร เช้า, Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น ดูแลแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามผลการรักษา หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน 2 สัปดาห์

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. การไหลเวียนเลือดในสมองลดลงจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดในสมอง
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักน้ำและอาหาร
3. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาอ่อนแรง
4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการรักษา
5. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจาก มีไข้ ไอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา
6. ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน
7. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้อื่นในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 45 ปี น้ำหนัก 80 กิโลกรัม ส่วนสูง 169 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 28.01 โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ได้รับยาความดันคือ Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ประวัติรับประทานยาความดันไม่ต่อเนื่อง รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการสำคัญ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6, NIHSS = 6 คะแนน มีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง Motor power grade 4 แขนขาข้างซ้ายมีกำลังปกติ เวียนศีรษะและมึนท้ายทอยเล็กน้อย ดูแลส่งตรวจ CT brain non contrast พบ Acute infarction at left occipital lobe ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr ทั้งหมด 3 วัน ดูแลแนะนำให้รับประทานยา คือ Aspirin 300 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า, B-complex vitamins รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น, Simvastatin 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ก่อนนอน, Omeprazole 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหาร เช้าสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 70 - 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/90 - 218/98 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย 97-98 % ประเมินออกซิเจนต่ำในเลือดขณะออกกำลังกายด้วยการลุกนั่ง (SIT TO STAND TEST) ก่อนทำ 97 % หลังทำ 97 % ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, INR ผลตรวจปกติ ระดับน้ำตาลในเลือด 106 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตรวจ Antigen Rapid Positive มีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดูแลให้รับประทานยาด้านไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมด 5 วัน วันที่ 1 Favipiravir 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 9 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง ,วันที่ 2-5 Favipiravir 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 4 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lipid profile พบ HDL 53 mg/dl ต่ำกว่าปกติ, LDL 154 mg/dl สูงกว่าปกติ แนะนำรับประทานอาหารไขมันต่ำ ลดอาหารทอด เลือกอาหารที่ปรุงด้วยการต้มหรือนึ่งแทน หลังเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ในวันที่ 3 ของการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6, NIHSS 2 คะแนน ลิ้นแข็งเล็กน้อย พูดคุยได้ชัดขึ้น แขนขาทั้ง 2 ข้างเคลื่อนไหวปกติ Motor power grade 5 ไม่มีอาการปวดศีรษะ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด สามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำเองได้ นักกายภาพบำบัดตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ได้ แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ และมึนท้ายทอย ดูแลให้ยาลดความดัน Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น และ Enalapril 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และดูแลติดตามความดันโลหิตไม่ให้เกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากตลอดการรักษา ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ และสามารถดูแลตนเองขณะรักษาในโรงพยาบาลได้ถูกต้อง เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง ทำให้ไม่มีอาการแทรกซ้อน แพทย์จึงพิจารณาให้กลับบ้านและกักตัวอยู่ที่บ้าน และติดตามการมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด 5 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. เลือกเรื่องที่น่าสนใจเป็น High Risk และเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติส่วนตัว ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี พร้อมทั้งตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย
5. ศึกษาถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เปรียบเทียบกับทฤษฎีและแผนการรักษาของแพทย์
6. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการจากตำรา เอกสารต่างๆและจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์
7. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
8. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและแพทย์อายุรกรรมผู้รักษา
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขผลงาน
11. รวบรวมจัดเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะสมองขาดเลือด และมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับมีภาวะสมองขาดเลือดและมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดร่วมกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่ วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 12.00 น. ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2565 เวลา 14.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดร่วมกับมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานการพยาบาล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกระดับของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดร่วมกับมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบความยุ่งยากในการดำเนินการคือ ในระยะแรกการชักประวัติและให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยค่อนข้างลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะและปวดศีรษะ ไอ และเจ็บคอ พูดไม่ชัด ร่วมกับมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ต้องอธิบายหลายครั้งผู้ป่วยจึงยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ต้องชักประวัติเพิ่มเติมจากญาติ เมื่ออาการไม่สบายทุเลา จึงยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคล และให้ประวัติการเจ็บป่วยที่ละเอียดมากขึ้น จากการชักประวัติ พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและพบภาวะสมองขาดเลือด ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากผู้ป่วยยังพรัองความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง แต่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และเข้าใจว่าการไม่รับประทานยาไม่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงที่ตนเป็นอยู่และตนเองยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เมื่อสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา จึงไม่ได้มาโรงพยาบาลทันที เนื่องจากคิดว่าอาการที่เป็นจะดีขึ้นได้เอง จึงเป็นสาเหตุให้มาตรวจรักษาล่าช้า และต้องเข้ารับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาล

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะสมองขาดเลือดและมีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ต้องกักตัวอยู่ห้องแยกคนเดียว ผู้ป่วยจึงเกิดความเครียด ความหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจใครในการเปิดเผยข้อมูล จึงทำให้ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการชักประวัติและข้อมูลอาการปัจจุบันที่เป็นจริง เนื่องจากต้องการกลับบ้าน

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว เกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา ตลอดจนการป้องกันและการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงได้อีก
2. อธิบายให้เห็นถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง
3. พยาบาลควรให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาการปวดศีรษะ หลังตื่นนอน เป็นต้น การวินิจฉัยหรือตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ในระยะแรก จะสามารถช่วยแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา

10. การเผยแพร่ผลงาน

- ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวรัญญา อินทบาล ผู้เสนอมีส่วนผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... วิญญู จันทา

(นางสาวรัญญา อินทบาล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... 1 / ส.ค. / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวรัญญา อินทบาล	<u>วิญญู จันทา</u>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

1
(ลงชื่อ).....

(นางอรุณญา อุดร)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม

(วันที่) 2 / ต.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสมพร ปิ่นทอง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 3 / ส.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายแพทย์ราเชษฎ์ เชิงพนม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

(วันที่) 25 / ก.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(นายบรรพต กัญญ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 28 / ก.ค. / 2566

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่าเป็นฆาตกรเงียบ (Silent killer) แม้โรคความดันโลหิตสูงจะไม่รักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลงได้ จากรายงานวิชาการต่างๆ ได้อธิบายไว้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายได้ ปัจจัยการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสังคม ด้านพฤติกรรมความเสี่ยง ซึ่งปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของโลก สังคมเมือง อายุ รายได้ การศึกษา และที่อยู่อาศัย แต่ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น อาหารเค็ม อาหารมัน การบริโภคผักและผลไม้ ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไม่ออกกำลังกาย และความเครียด ส่วนใหญ่โรคนี้อาจจะไม่แสดงอาการผิดปกติ ดังนั้นการตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นการรักษา การดูแลตัวเองอย่างถูกต้องเป็นวิธีการที่สำคัญและมีประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (WHO,2020)

หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลรัฐประเทศ จากการเก็บข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2563 - 2565 ได้แก่ 215, 314 และ 386 ราย/ปี พบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูงมาเป็นลำดับแรกพบมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม จากจำนวนผู้ป่วยที่เป็นปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั้งหมด 386 ราย พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนและมีอาการรุนแรงของโรคจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ซึ่งจากการซักประวัติเพิ่มเติมจากข้อมูลที่ได้พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมอันส่งผลกระทบทางสุขภาพที่รุนแรง เช่น ภาวะสมองขาดเลือดตีบและแตก โรคไตวาย โรคหัวใจ เป็นต้น จากสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในปี 2565 มีทั้งหมด 386 ราย/ปี พบผู้ป่วยรับประทานยาความดันไม่ต่อเนื่อง 213 ราย รับประทานยาความดันต่อเนื่อง 103 ราย และไม่ใช้ยาลดความดันเน้น การดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร 70 ราย จากปัญหาข้างต้นพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องมีภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการพร่องความรู้การปฏิบัติการดูแลตนเองเป็น ร้อยละ 55.18 จากจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด โดยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา จึงมีแนวคิดพัฒนาระบบติดตาม โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และรับประทานยาต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง โดยนำทฤษฎีโอเริ่มมาใช้เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความมั่นใจตนเองในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้รับบริการ เพื่อช่วยควบคุมและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง ให้ปลอดภัยและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลดอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมเกือบทุกรายเมื่อได้กลับบ้านจะได้รับยาไปรับประทานที่เนืองที่บ้าน และนัดมาติดตามอาการสม่ำเสมอ ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านของผู้ป่วยพบว่ามีอาการกลับมารับการรักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงมากขึ้น ซึ่งจากการซักประวัติการเจ็บป่วยและการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม พบว่าโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงมาเป็นลำดับแรก และเกิดอุบัติเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยซึ่งมีอัตราการป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เช่น ขาดการติดตามการรักษาพบผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และเกิดปัญหาส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก โรคหัวใจ อัมพาตและเสียชีวิต

การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการดูแลตนเอง ตามหลักทฤษฎีโอเรมโดยเน้นความสัมพันธ์ของครอบครัวกับผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเท่าที่สามารถทำได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำ การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดให้ความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน โดยมีครอบครัว ผู้ดูแล เป็นส่วนร่วมในการรับฟังความรู้ คำแนะนำ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่องและทำให้อาการของผู้ป่วยเป็นไปในแนวโน้มที่ดี และบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจสามารถให้คำแนะนำและการพยาบาลได้ตามมาตรฐานการพยาบาลทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น โดยมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ M-E-T-H-O-D ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

M = Medication คือ ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เกี่ยวกับยาอย่างละเอียด

E = Environment & Economic คือ มีความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่เหมาะสมกับสุขภาพ

T = Treatment คือ เข้าใจปัญหาของการรักษา มีทักษะในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

H = Health คือ เข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง

O = Outpatient referral คือ เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครในกรณีฉุกเฉิน

D = Diet คือ การเข้าใจและเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพของตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังความดันโลหิตสูง สามารถดูแลตนเองได้เข้าถึงการบริการและสามารถรับยาได้อย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
3. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน กันยายน 2566 - มีนาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาข้อมูลองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อนความรุนแรงของโรคความดันโลหิต
2. เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติ อุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 3 ปี ย้อนหลัง
3. ออกแบบ และวางแผนการแก้ไขปัญหา
4. ผลិតสื่อการให้ความรู้การปฏิบัติตัว และคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับ เช่น บอร์ด แผ่นพับ

ขั้นดำเนินงาน

1. รวบรวมข้อมูลของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรัฐประเทศ และรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เสนอแนวคิดการจัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลรัฐประเทศ แก่หัวหน้างานและหัวหน้าพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เมื่อมีการรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่หอผู้ป่วย ให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในเบื้องต้น
4. หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว ให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แนวทางการดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย และวิธีการดูแลผู้ป่วย
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยได้ซักถามข้อข้องใจต่างๆพร้อมทั้งประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
6. ในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาอยู่ ให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ทำการสอน แนะนำ วิธีการดูแลผู้ป่วยทีละระบบ เป็นระยะ พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ได้ทำการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย พยาบาลให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อให้เกิดความมั่นใจและกำลังใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล
7. แจ้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยล่วงหน้ากับผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล เพื่อให้ได้มีเวลาเตรียมความพร้อมเพื่อจะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ซักถามความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล และให้การช่วยเหลือหรือแนะนำแนวทางที่สามารถทำได้

8. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยให้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลอีกครั้ง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล โดยมีการติดต่อประสานงานกับศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อส่งต่อการรักษา และให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจเยี่ยม จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นระยะ

9. ติดตามประเมินผลหลังจากได้ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม พื้นฟูผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลรัฐประเทศ โดยทำการเก็บสถิติในระยะเวลา 3 เดือน

10. สรุปผลการดำเนินงานและนำเสนอในที่ประชุมของหน่วยงาน เพื่อร่วมกันเสนอแนวทางการปฏิบัติเพิ่มเติม หรือปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม พื้นฟู

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมากยิ่งขึ้น

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 แนวทาง
2. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เท่ากับ 0
3. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อบริการทางการพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....กรวิพุก อิทาทาก.....

(นางสาวรัฐญา อินทบาล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....1...../.....ส.ค...../.....2566.....

ผู้ขอประเมิน