



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 ๓ ราย ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวสุภาวดี มณีกระจ่าง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน
๒.	นางสาวพัชรีย์ ฉายชูวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
๓.	นางสาวนวลปรางค์ ดีสมดุ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายเชาวเนตร ยิ้มประเสริฐ)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลอรัญประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสุภาวดี มณีกระจ่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๗๙๓๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๗๙๓๖	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน " การพยาบาลผู้ป่วยโรคคอกระตุกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเชื้อ ร่วมกับเป็นฝีในสมอง "				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน " การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน "				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๒	นางสาวพัชรีย์ ฉายชูวงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๗๙๓๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๗๙๓๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน " การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding) ร่วมกับโรคต่อมลูกหมากโต (Benign Prostate Hyperplasia) "				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน " ถุงมหัศจรรย์ Magic Bag "				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

R_๓

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเชื้อ ร่วมกับเป็นฝีในสมอง

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่ 15 เมษายน 2566 ถึง วันที่ 30 กรกฎาคม 2566

รวมระยะเวลาในการดูแล 3 เดือน 15 วัน ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 วันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2566

ครั้งที่ 2 วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2566

ครั้งที่ 3 วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2566

ครั้งที่ 4 วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

พยาธิสภาพ

กระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อน (displaced femoral neck fracture)

คือ การหักของกระดูกต้นขาส่วนบนบริเวณระหว่าง greater และ lesser trochanters กระดูกหักเกิดภายนอกข้อสะโพก (extracapsular fracture) ภายวิภาคของกระดูกบริเวณ intertrochanteric เป็นกระดูก metaphysis ซึ่งมีส่วนประกอบหลักเป็น cancellous bone และมี cortex ค่อนข้างบาง และมีกล้ามเนื้อหลายมัดเกาะที่ปุ่มกระดูก greater และ lesser trochanters ดังนั้น เมื่อกระดูกหักโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูกพรุน จะทำให้กระดูกแตกเป็นหลายชิ้น และมีการเคลื่อนของชิ้นกระดูกไปตามแรงดึงของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้เกิดการผิดรูปและหดสั้นลงของกระดูกต้นขา ลักษณะทางที่พบได้บ่อยสุด คือ dashboard injury ซึ่งเกิดในอุบัติเหตุทางจราจร โดยสะโพกผู้ป่วยอยู่ในท่า flex และ adduct และมีแรงกระแทกเข้าที่บริเวณหน้าเข่า ส่งผ่านแรงมาตามแกนกระดูกต้นขา (femur) และทำให้ข้อสะโพกหลุดไปด้านหลัง (posterior dislocation) ภาวะอื่นที่ทำให้เกิดการหลุดของสะโพกได้เช่น การตกจากที่สูง และอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา เป็นต้น ส่วนการหลุดมาทางด้านหน้า (anterior dislocation) เกิดจากแรงที่กระทำต่อข้อสะโพกในท่า abduction และ external rotation ซึ่งพบได้น้อย (ยุพิน พรหมสวัสดิ์, 2563)

สาเหตุ

ส่วนใหญ่เกิดจากการล้มสะโพกกระแทกพื้น ในผู้ป่วยสูงอายุ สัมพันธ์กับภาวะกระดูกพรุนผู้ป่วยที่มีภาวะคอกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหัก จะมาด้วยอาการปวดสะโพกบริเวณขาหนีบ ไม่สามารถเดินลงน้ำหนักข้างที่หักได้ ตรวจร่างกายมักพบ ขาสั้นลงกว่าข้างปกติ และอยู่ในท่าหมุนออกด้านนอก มีจุดกดเจ็บบริเวณขาหนีบ ไม่สามารถหมุนหรือขยับสะโพกข้างที่บาดเจ็บได้

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติอาการเจ็บป่วย และการตรวจร่างกาย โดยซักประวัติถึงสาเหตุของการล้ม ประวัติเกี่ยวกับการปวดข้อสะโพก ภาวะโรคประจำตัว และระดับความสามารถในการเดินและใช้ชีวิตประจำวันก่อนที่จะเกิดอุบัติเหตุ

2. การเอกซเรย์ รวมถึงการสืบค้นทางภาพถ่ายเอกซเรย์ โดยเอกซเรย์สะโพกแบบมาตรฐานมักสามารถให้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

พยาธิสภาพ (ต่อ)

วินิจฉัยภาวะคอคกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักได้ดี

3. การตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ เช่น การตรวจด้วยเครื่องสแกนแม่เหล็กแรงสูง (MRI) ในกรณีที่เอกซเรย์แล้วหากไม่พบกระดูกหักชัดเจน แต่ยังคงสงสัยภาวะกระดูกหัก เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

การรักษา

เป้าหมายในการรักษา คือ ลดอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย เกิดความมั่นคงของข้อสะโพก ทำให้เคลื่อนไหวหรือลุกเดินได้อย่างรวดเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง เช่น ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ติดเชื้อที่ปอด และทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

1. การรักษาโดยวิธี ไม่ผ่าตัด (Non-surgical treatment) เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงสูงไม่สามารถทนการผ่าตัดได้ หรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียงอยู่เดิมโดยไม่มีอาการเจ็บปวดจากกระดูกหัก ทำได้โดยการดึงกระดูก (skeletal traction) เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียงก่อนกระดูกหัก แต่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างสูง เช่น กระดูกไม่ติด กระดูกติดผิดรูป และการติดเชื้อตามระบบต่างๆ

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgical treatment) เพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เร็ว และกลับสู่ระดับความสามารถในการเดินและใช้ชีวิตประจำวันก่อนที่จะเกิดกระดูกหัก ประกอบไปด้วย

- การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ (Internal fixation)
- การผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกต้นขา (Unipolar / bipolar hemiarthroplasty)
- การผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม (Total hip Replacement)

ภาวะแทรกซ้อน

1. กระดูกติดผิดรูป (malunion) เกิดจากการรักษา โดยวิธีอนุรักษ หรือการผ่าตัดที่จัดเรียงกระดูกไม่เข้าตำแหน่งเดิม ทำให้มีปัญหาขาหัดสั้นและไม่สามารถเดินเป็น ปกติ

2. กระดูกไม่สมาน (nonunion) พบได้น้อยกว่า ร้อยละ 2 เพราะกระดูกหักเกิดนอกข้อสะโพกและมีเลือดมาเลี้ยงมากต่างจากคอคกระดูกสะโพกหัก

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ และการปฏิบัติตัวต่างๆ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามข้อสงสัย

2. แนะนำการปฏิบัติตัวอย่างง่าย เช่น สอนวิธีการไอ และการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำและ early ambulation

4. ฝึกเดินโดยลงน้ำหนักบางส่วน (partial weight bearing) ได้ทันที และค่อยๆ เพิ่มการลงน้ำหนักจนสามารถ ลงน้ำหนักเต็มได้ภายใน 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ใช้เครื่องพยุงช่วยเดิน (walker)

5. ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและสะโพก การป้องกันการหลุดของข้อสะโพกเทียม

6. ไม่นอนไขว้ขาข้างที่ผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ
8. ทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ
9. ในกรณีไม่ได้รับการผ่าตัด ดูแลถ่วงน้ำหนักตามแผนการรักษาของแพทย์
10. แนะนำการมาตรวจตามนัดและการรับประทานอาหาร

โรคฝีในสมอง (Brain Abscess)

ความหมายของโรค

เป็นการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางชนิดหนึ่งที่พบไม่มาก แต่จัดว่าเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง และสามารถทำให้เสียชีวิต (เรวัณน์ น้อยพิทักษ์, 2559)

พยาธิสภาพ

โรคนี้เกิดจากการติดเชื้อในบริเวณอื่นของร่างกาย หรือในอวัยวะใกล้เคียง แล้วมีการแพร่กระจายมายังสมอง ดังนั้นเชื้อก่อโรคจึงพบได้หลายชนิด เมื่อเชื้อเข้าสู่สมองจะเกิดการอักเสบของสมอง (cerebritis) และพัฒนา กลายเป็นฝีในที่สุด อาการของโรคนี้อาจคล้ายกับผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมอง กล่าวคืออาการเกิดจากการมีก้อนในสมอง (space-occupying lesion) สมองมีอวัยวะป้องกันสิ่งแปลกปลอม และเชื้อโรคที่มีประสิทธิภาพมาก ไม่ว่าจะป็น หนองศีรษะ และกะโหลกศีรษะ ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกทางกายวิภาคในการป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ สมอง นอกจากนี้ยังมี Blood-brain barrier (BBB) ที่มีโครงสร้าง พิเศษคอยควบคุมการผ่านเข้าออกของสารต่างๆ ระหว่าง สมอง และ กระแสเลือด รวมทั้งเชื้อโรค อย่างไรก็ตามเชื้อโรค สามารถเข้าสู่สมองได้ 3 ช่องทาง ได้แก่

1. การติดเชื้อจากอวัยวะข้างเคียง (Direct/Contiguous extension) ที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อในช่องหู (otitis media, mastoiditis) นอกจากนี้อาจเกิดจากการติดเชื้อในโพรงไซนัส หรือช่องปาก (sinusitis, odontogenic infection) ทำให้เกิดฝีในสมองในตำแหน่งที่ใกล้กับแหล่งติดเชื้อดังกล่าว เช่น frontal, temporal lobe มักพบเป็นก้อนเดี่ยว และอาจมีการอักเสบของ กะโหลกศีรษะ (osteomyelitis) บริเวณนั้น
2. การติดเชื้อจากกระแสเลือด (Hematogenous spreading) โดยเริ่มจากการติดเชื้อในอวัยวะที่อยู่ไกลออกไป เช่น การติดเชื้อในปอด ช่องท้อง หรือระบบทางเดินปัสสาวะ (pulmonary, abdominal, or genitourinary infection) จากนั้น เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (bacteremia) เชื้อแพร่ต่อมายัง สมอง ฝีในสมองที่เกิดจาก ภาวะนี้มักมีหลายตำแหน่งในสมอง โดยมักพบในสมองบริเวณที่เลี้ยงด้วย middle cerebral artery
3. Direct penetrating route เช่น จากอุบัติเหตุ มีแผลที่หนังศีรษะ ร่วมกับกะโหลกศีรษะแตก (compound depressed skull fracture) หรือ มีฐานกะโหลกร้าวเกิดรูรั่ว ของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง (Cerebrospinal fluid, CSF) นอกจากนี้ อาจเกิดจากการผ่าตัดทางสมอง ทำให้เชื้อเข้าสู่สมองโดยตรง เมื่อเชื้อโรคสามารถผ่าน BBB เข้าสู่เนื้อ สมองได้ ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเชื้อโรคนั้น เกิดเป็น กระบวนการอักเสบของสมองที่เรียกว่า cerebritis และลุกลาม จนกลายเป็นฝีในสมองตามมา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

สาเหตุ

เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อที่พบบมากที่สุดคือ เชื้อกลุ่ม Streptococci เช่น Streptococcus milleri ซึ่งเป็น normal flora ในช่องปาก นอกจากนี้ยังอาจพบเชื้อ Staphylococcus, gram negative bacilli, anaerobe หรืออาจพบเชื้อมากกว่า ๑ ชนิด (mixed infection) ได้ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ (immunocompromised host) สามารถพบเชื้อก่อโรคจากโรคฉวยโอกาส (opportunistic infection) เช่น เชื้อวัณโรค (Mycobacterium tuberculosis), เชื้อโปรสโต (Toxoplasmosis gondii) หรือเชื้อรา (Candida, Aspergillus, Cryptococcus)

การวินิจฉัย

- การเพาะเชื้อจากเลือด
- การตรวจภาพถ่ายทางรังสีวิทยาาระบบประสาท
- เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computed tomography (CT) of the brain)
- การวินิจฉัยด้วยเครื่องฉายภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging, MRI) นอกจากนี้การวินิจฉัยพีในสมอง ควรทำการเก็บ หนองจากฝี ไม่ว่าจะได้จากการผ่าตัด หรือการเจาะดูด ส่งย้อม และเพาะเชื้อเพื่อทราบชนิดของเชื้อก่อโรค และสามารถให้ยาปฏิชีวนะได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามอาจไม่สามารถทำการเก็บหนองได้ในผู้ป่วยบางรายมีฝีในตำแหน่งที่อยู่ลึก ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพทางระบบประสาท หลังการผ่าตัด หรือมีโรคประจำตัวที่ไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัด

การรักษา

- การรักษาด้วยยา
- การผ่าตัด โดยเฉพาะก้อนที่มีขนาดตั้งแต่ 2.5 เซนติเมตรขึ้นไป ในตำแหน่ง non eloquent และมี mass effect การผ่าตัด มีหลายวิธี ได้แก่
 1. Surgical aspiration ทำง่ายและรวดเร็ว ทำได้ทั้งกรณีก้อนอยู่ตื้นและมีขนาดใหญ่
 2. Craniotomy with excision
- การผ่าตัด ร่วมกับการรักษาแหล่งกำเนิดของการติดเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะควรเริ่มหลังการผ่าตัดเก็บหนองส่งตรวจ เพื่อ สามารถให้การรักษาได้อย่างเหมาะสมกับเชื้อก่อโรค และ ไม่รบกวนผลการเพาะเชื้อ อย่างไรก็ตามการรักษา
- การให้ยาอย่างเดี่ยวโดยไม่ผ่าตัด สามารถทำได้ในรายที่ก้อนเล็กกว่า 2 เซนติเมตร มีหลายก้อน ก้อนอยู่ในตำแหน่งผ่าตัดไม่ได้ โดยคำนึงถึงแหล่งกำเนิดของการติดเชื้อ หากไม่ทราบควรเริ่ม ไซยาเป็น vancomycin ร่วมกับmetronidazole และ 3rd หรือ4th generation cephalosporinแล้วจึงปรับยาตามผลเพาะเชื้อในภายหลัง ควรให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเป็น ระยะเวลา 6 - 8 สัปดาห์ และ ควรตรวจภาพถ่ายรังสีทุก 2 สัปดาห์หากมีขนาดใหญ่ขึ้น หรือ ขนาดไม่ลดลงภายใน 4 สัปดาห์ หลังเริ่มให้ยา ควรพิจารณาทำการผ่าตัด เพื่อระบาย หนองเพิ่มเติม และเก็บหนองเพาะเชื้อใหม่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การรักษา (ต่อ)

-ยากันชัก อาการชักของผีในสมองเกิดจาก ปฏิกริยาของผีทำให้เนื้อสมองรอบๆ บวม และกระตุ้นคลื่นไฟฟ้าของ cerebral cortex ทำให้ชักตามมา อาการชักจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของสมองเพิ่มขึ้น

การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยทั่วไปจะเป็นญาติของผู้ป่วย เช่นสามีหรือภรรยา ลูก พี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน หรืออาจเป็นเจ้าของบ้านที่ตามศูนย์นั้นๆ ดังนั้นก่อนผู้ป่วยจะกลับบ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้ยังต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย

บทบาทของผู้ป่วย

ต้องเรียนรู้การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตัวเอง เพื่อที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ตามความเหมาะสม ไม่เป็นภาระครอบครัวและผู้ดูแล

บทบาทของญาติ/ ผู้ดูแล ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรควิถีในสมอง

1. สังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาท เช่น อาการชักเกร็ง ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน ไข้ กระสับกระส่าย ไม่รู้วันเวลา สถานที่ บุคคล หรืออาการง่วงซึม ตาพร่ามัว พูดลำบาก แขนขาอ่อนแรงแย่งลงจากเดิมปวดศีรษะ รับประทานยาบรรเทาแล้วอาการปวดไม่ทุเลา
2. หลีกเลี่ยงหรือจัดการกับสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิต ร่วมกับ การเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) เพื่อป้องกันไม่ให้สมองขาดเลือด
3. ช่วยเหลือกิจกรรมเท่าที่จำเป็น ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้
4. ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย ทำกิจกรรมบำบัด เช่นการทรงตัว การเดิน
5. ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่นการอาบน้ำ แปรงฟัน การขับถ่ายและการแต่งตัว ดูแลแต่งทรงผม การโกนหนวดเครา ดูแลผิวหนัง การดูแลความสะอาดเล็บมือและเล็บเท้า
6. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจากการทรงตัว
7. ช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการสื่อสาร ในกรณีพร้อมการสื่อสาร
8. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ในรายที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ ในรายที่รับประทานอาหารเองได้ให้เฝ้าระวังการสำลัก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเตียง ร่วมกับเป็นฝีในสมอง

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพ สมรส

ประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ ค้าขาย

ข้อมูล ได้จากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย สมุดประจำตัวผู้ป่วย และระบบ Thai COC

วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2566

วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2566

รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 3 เดือน 15 วัน รวมติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

วันที่เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2566

วันที่เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2566

วันที่เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2566

วันที่เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2566

อาการสำคัญที่รับไว้ขณะดูแล

รับข้อมูลการส่งต่อจากระบบ Thai COC ด้วยเรื่อง ขาข้างซ้ายบวม มีรอยขีด มีกระดูก (skeletal traction) ไม่ได้ถ่วงน้ำหนัก

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

10 เดือนก่อนมาป่วยเป็นฝีในสมอง (Brain Abscess) รักษาด้วยการผ่าตัดเมื่อ 13 มิถุนายน 2565 ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และได้ยาปฏิชีวนะมาฉีดต่อที่โรงพยาบาลอีก 1 เดือน หลังจากนั้นผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ช้า สามารถเดินได้เองโดยใช้ walker ไม่ค่อยพูด ต้องมีคนดูแลตลอด ต้องมีคนช่วยพยุงในบางครั้ง รับประทานอาหารได้เอง ขึ้นบันไดได้ 9 วันก่อนมาญาติแจ้งว่าผู้ป่วยพลัดตกจากทาง slope สูง 1 เมตร ไม่มีใครเห็นเหตุการณ์ เห็นนอนอยู่ข้างบันได มีอาการปวดสะโพกข้างซ้าย ขาซ้ายบวมเดินไม่ได้ ญาติคิดว่าไม่เป็นไรจึงไม่พามาโรงพยาบาล 1 วันเริ่มมีไข้ ขาบวมมากขึ้น จึงพามาโรงพยาบาล แรกรับที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกาย 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/76 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 % Film pelvis พบว่า left femur neck displaced fracture แพทย์วินิจฉัย close fracture left neck femur ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ล้มเหลว จึงรักษาด้วยการดึงกระดูก (skeletal traction) ถ่วงน้ำหนัก 3 กิโลกรัมอาการดีขึ้นแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านรักษาตัวที่บ้าน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลอรัญประเทศ 9 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เริ่มเป็น ตั้งแต่ปี 2556 รักษาที่โรงพยาบาลอรัญประเทศอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 ปี ยาที่ได้รับ Amlodipine รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี 2555 รักษาที่โรงพยาบาลอรัญประเทศต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 11ปี ได้รับการรักษาโดยยาฉีด Humulin RI 4 unit sc เข้า

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ก่อนอาหาร และ Metformin 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า เย็น ไม่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุร้ายแรงใดๆ มาก่อน ผ่าตัดสมอง craniectomy เมื่อ 13 มิถุนายน 2565

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีมารดาเป็นโรคเบาหวาน

ประวัติครอบครัว: มารดาเป็นโรคเบาหวาน เสียชีวิตแล้ว มีพี่น้อง 2 คน มีน้องสาว 1 คน น้องสาวไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติส่วนตัวผู้ป่วย : ผู้ป่วยเป็นบุตรคนโต ยังไม่แต่งงาน อาศัยอยู่กับน้องสาวอายุ 56 ปี มีอาชีพรับจ้างทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล มีหลานอายุ 8 ขวบ 1 คน

ประวัติการแพทย์ ปฏิเสธการแพทย์และอาหาร

ประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (IN HOME SSS ASSESSMENT) แรกรับ

I: การเคลื่อนไหว (Immobility)

ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องนอนอยู่บนเตียง ขาข้างซ้ายอ่อนแรง เบี้ยวผิดรูป มีการดึงกระดูก (skeletal traction) ไว้ถ่วงน้ำหนัก ไม่มีภาวะข้อติด บริเวณข้อต่าง ๆ ไม่มีอาการปวด

N: ภาวะโภชนาการ/อาหาร (Nutrition)

ผู้ป่วยตักอาหารรับประทานเองได้เมื่อวางเตรียมไว้ ไม่สามารถประกอบอาหารได้เอง รับประทานอาหารได้น้อย ขับถ่ายปกติ มีท้องผูกบางครั้ง ถ่ายอุจจาระปกติไม่มีถ่ายดำ ไม่มีถ่ายเหลว การตรวจร่างกาย ท้องอ่อนนุ่มไม่มีแข็งเกร็ง ตับม้ามไม่โต การเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ ได้ยินเสียง Bowel sound 3-4 ครั้ง/นาทีก่อนนอน น้องสาวผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย

H: สภาพบ้าน (Home Environment)

สภาพที่อยู่อาศัย บ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูนชั้นเดียว มี 2 ห้องนอน และมีห้องน้ำ 1 ห้อง ห้องครัว 1 ห้อง ผู้ป่วยนอนบนเตียงผู้ป่วย ยืมเตียงโรงพยาบาล กางมุ้ง มีน้ำประปาและไฟฟ้าใช้ ภายในบ้านผู้ป่วยสามารถเดินไปถึงทุกห้องภายในบ้านได้ จัดของเป็นระเบียบ รอบบ้านไม่มีเศษขยะ เนื่องจากอยู่ในเขตเทศบาล มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านสถานพยาบาลใกล้บ้านคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ ระยะทาง 1.5 กิโลเมตร และห่างจากโรงพยาบาลอรัญประเทศ 1 กิโลเมตร

O: สมาชิกคนอื่นในบ้าน / ชุมชน (Other people)

ผู้ป่วยเป็นคนโสด อยู่กับน้องสาวอายุ 56 ปี น้องสาวอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นผู้ดูแล และมีหลานชายอายุ 8 ขวบ 1 คน เนื่องจากพ่อแม่ของหลานไปทำงานต่างจังหวัด นานๆ จะมาที่ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ ได้แก่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน

M: ยาที่ผู้ป่วยใช้ (medication)

ประวัติรับยารักษาโรคเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ ยาที่รับประทานคือ

- 1) Metformin 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า เย็น
- 2) Humulin RI 4 unit sc. ก่อนอาหารเช้า

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ได้รับคือ

1) Amlodipine รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า วันละ 1 ครั้ง

E: การตรวจร่างกาย (Examination)

ผู้ป่วยน้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร รอบเอว 100 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.40 อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/76 มม.ปรอท หายใจไม่หอบเหนื่อย ค่าอิมิตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (Oxygen Saturation: SPO2 Room air) 99%

ผิวหนัง : สีผิวดำแดง ไม่ซีด ไม่มีผื่น

ศีรษะ : ศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้ง 2 ข้างรูปร่างสัณฐานปกติไม่พบก้อนเนื้อและรอยโรค

ตา : สมมาตรกัน เยื่อบุตาปกติสีมตาได้เอง 2 ข้าง รูม่านตามีขนาดประมาณ 2 mm

เลนส์ตาไม่ขุ่น การเคลื่อนไหวของลูกตาในทุกทิศทางปกติ

หู : ใบหูปกติ ไม่พบก้อนเนื้อบริเวณหูด้านนอก ไม่มีรอยโรค การได้ยินปกติทั้ง 2 ข้าง

จมูก : สมมาตร ภายนอกปกติ, เยื่อบุจมูกบวมเล็กน้อยมีสีชมพู

ปากและลำคอ : ไม่มีปากเปี้ยว เยื่อบุช่องปากเป็นปกติมีสีชมพู, ไม่มีรอยเขียวม่วง, ลิ้นไก่อยู่ในแนวกลาง, เพดานอ่อนและเพดานแข็งไม่มีรอยโรค, ต่อมทอนซิลไม่มีอาการบวม

ต่อมน้ำเหลือง : คลำไม่พบก้อน ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

ทรวงอกและปอด : รูปร่างปกติ ฟังเสียงหัวใจ ไม่มีเสียงผิดปกติ(murmur) หายใจไม่หอบเหนื่อย การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

ท้อง : คลำท้องนิ่ม ไม่มีก้อน ตรวจโดยการเคาะมีเสียงกังวานคลำไม่พบตับและม้ามโต ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติประมาณ 4 – 6 ครั้ง/นาที ไม่มีกตเจ็บ

ทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะได้เอง กลั้นปัสสาวะได้ เดินเข้าห้องน้ำได้ช้า

กล้ามเนื้อและข้อ : แขนและขาข้างขวาขยับได้ ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ ระดับ 4 ขาข้างซ้ายอ่อนแรง เบี้ยวผิดรูป มีการดึงกระดูก (skeletal traction) ไม้ถ่วงน้ำหนัก ไม่มีภาวะข้อติด บริเวณข้อต่าง ๆ ไม่มีอาการบวม

ระบบประสาท : พูดช้า ตอบสนองช้า สับสนบางครั้ง ความจำบกพร่อง

สภาพด้านจิตใจและอารมณ์ : ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอกว่า “ เมื่อไหร่จะเดินได้ หวังไม่หายเลย ”

S: ความคุกคาม (Safety / Stability) สภาพจิตสังคม / สภาพเศรษฐกิจ / ค่าใช้จ่าย

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสังคม สัมพันธภาพกับเพื่อนลดลง เนื่องจากเดินไม่ได้ การสื่อสารการโต้ตอบช้า เมื่อก่อนมีอาชีพรับจ้าง ตอนนี้ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดรายได้

S: สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health)

ความเชื่อต่อความเจ็บป่วย ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองโชคร้าย ที่ป่วยเป็นผีในสมอง พูดช้า คิดช้าแล้วยังมากระดูกหักเดินไม่ได้อีก คงเป็นกรรม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

S: ทางเลือกการรักษาในชุมชน (Service)

สถานพยาบาลใกล้บ้านคือ โรงพยาบาลอรัญประเทศ ระยะทาง 1 กิโลเมตร และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อรัญประเทศ ระยะทาง 1.5 กิโลเมตร รับยาโรคประจำตัวที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: วันที่ 7 เมษายน 2566 พบ

WBC = 20,350 cells (ค่าปกติ 4,600-10,200 cel/uL) แผลผล พบว่า สูงกว่าปกติ มีการติดเชื้อในร่างกาย

Neutrophil 81% (ค่าปกติ 40 - 74.5%) แผลผล พบว่า สูงกว่าปกติ มีการติดเชื้อในร่างกาย รับประทาน ปฏิชีวนะ รักษาอาการ

ผลการตรวจพิเศษ

CT brain = brain abscess with SDH (12 ก.ค. 2565)

Film pelvis : left femur neck displaced fracture (7 เมษายน 2566)

การวินิจฉัยของแพทย์

โรคฝีในสมองและคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อน (Brain abscess with displaced femoral neck fracture)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนจำหน่ายจากการดูแล

วันที่ 12 เมษายน 2565 ได้รับประสานงานจากทีมดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลอรัญประเทศ ผ่านระบบ Thai COC อาการของผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใส่เครื่องดึงกระดูก (skeletal traction) ไม่ค่อยพูด ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรได้บางส่วน ต้องมีผู้ดูแลตลอด มีสับสน ไม่มีมุมปากตก แขนและขาทั้ง 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อ ระดับ 5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/76 มม.ปรอท หายใจไม่หอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 99% Room air ประเมิน Activities of Daily Living = 15 คะแนน Braden scale = 18 คะแนน

จากข้อมูลระบบ Thai COC โดยระบุปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่หลงเหลืออยู่ ได้แก่ การติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การส่งเสริมโภชนาการและฟื้นฟูสภาพ

จากข้อมูลที่ได้รับจึงวางแผนออกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในวันที่ 15 เมษายน 2566 เพื่อติดตามประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 15 เมษายน 2566

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 68 ปี พักอาศัยอยู่ในบ้านปูนชั้นเดียว บริเวณบ้าน อากาศถ่ายเทสะดวก ประเมินอาการผู้ป่วย พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีน้าวิตกกังวล มีสับสนเป็นบางครั้ง สื่อสารได้ นอนบนเตียง ขาข้างซ้ายแบะออก หัวเข่าเขี้ยวซ้ำ ต้นขาบวมผิดปกติ ไม่มี skeletal traction ผู้ป่วยแจ้งว่าเอาออกตั้งแต่มาถึงบ้าน เขือกขาดเลยแกะออก เดินไม่ได้ ปวดมากเวลาขยับตัว นอนบนเตียง ลูกนั่งบนเตียงต้องมีคนช่วยพยุง ประเมิน ประเมิน Activities of Daily

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

Living = 9 คะแนน ไม่มีแผลกดทับ ประเมิน Braden Scale = 14 คะแนน รับประทานอาหารได้เองแต่น้อย ผู้ป่วยยังมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง ผู้ป่วยได้รับประทานยาถูกต้องตามแผนการรักษาและมีการติดตามเยี่ยมบ้านอีกครั้งที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ในวันที่ 15 พฤษภาคม 2566

สัญญาณชีพ: ความดันโลหิต 101/60 มม.ปรอท อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที

สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับบริเวณก้นกบ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลการเจ็บป่วย พร่องความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดดมมด มีสับสนพูดซ้ำ ต้องมีผู้ดูแลตลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกสะโพกข้างซ้ายหัก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินไม่ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีสับสนและพร่องการสื่อสาร เนื่องจากการผ่าตัดที่ดมมด

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 15 พฤษภาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ผู้ป่วยยังมีปัญหาทางการพูด ญาติบอกว่า “ พูดไม่ชัด พูดซ้ำ จำอะไรไม่ได้ เหมือนเดิม ” ขาข้างซ้ายใส่ skeletal traction ถ่วงน้ำหนัก 3 กิโลกรัม ต้นขาซ้ายไม่อยู่ในแนวแรงของ skeletal traction เดินไม่ได้ ปวดมากเวลาขยับตัว นอนบนเตียง ลูกนั่งบนเตียงต้องมีคนช่วยพยุง

ผู้ป่วยรูปร่างค่อนข้างท้วม ริมฝีปากแห้ง น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 22.40 ขาข้างซ้ายใส่ skeletal traction ถ่วงน้ำหนัก 3 กิโลกรัม แขนขาข้างขวากำลึงปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ต้องมีญาติไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง การแปรงฟัน และใส่เสื้อผ้า ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือ ขับถ่ายบนเตียง ประเมิน Activities of Daily Living = 9 คะแนน ไม่มีแผลกดทับ ประเมิน Braden Scale = 14 คะแนนรับประทานอาหารได้เอง ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดง ติดตามประเมินการออกกำลังกาย ญาติยังออกกำลังกายไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยยังมีวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยได้รับประทานยาถูกต้องตามแผนการรักษาและมีการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป ในวันที่ 15 มิถุนายน 2566

สัญญาณชีพ: ความดันโลหิต 127/76 มม.ปรอท อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

สรุปการประเมินจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อย และพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ พร่องความจำ พูดซ้ำ สับสน รับประทานยากันชัก ไม่มีชักเกร็ง ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลการเจ็บป่วย พร่องความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อ on skeletal traction จากการประเมินพบ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

จากการประเมินพบปัญหาใหม่คือผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บการดึงถ่วงน้ำหนัก การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหานี้ต่อไป

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

จากการเยี่ยมบ้านยังพบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย, 2 บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกสะโพกข้างซ้ายหัก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินไม่ได้, 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ 4 ผู้ป่วยมีสับสนและพร่องการสื่อสาร เนื่องการผ่าตัดที่สมอง ยังพบปัญหาอยู่ และพบปัญหาใหม่คือ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการดูแลตัวเองใส่ skeletal traction

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บการดึงถ่วงน้ำหนัก

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 15 มิถุนายน 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน สีน้าสดชื่นขึ้น อาการโดยรวมดีขึ้น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีชักเกร็ง ขาข้างซ้ายใส่ skeletal traction ถ่วงน้ำหนัก 3 กิโลกรัม ต้นขาซ้ายไม่มีบวม ขาอยู่ในแนวแรง skeletal traction เดินไม่ได้ ปวดเวลาขยับตัว นอนบนเตียง ลูกนั่งบนเตียงได้ ขับถ่ายบนเตียง ประเมิน Activities of Daily Living = 12 คะแนน ไม่มีแผลกดทับ ประเมิน Braden Scale = 20 คะแนน สามารถทำ active exercise ได้ ไม่เกิดการบาดเจ็บจากการถ่วงน้ำหนัก ตรวจร่างกายพบ รูปร่างสมส่วนไม่มีบวมตามร่างกาย น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.40

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/75 มม.ปรอท หายใจไม่หอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99% Room air

สรุปการประเมินสุขภาพจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 15 มิถุนายน 2566 พบว่าปัญหาที่แก้ไขหมดแล้วคือ มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถขยับตัว และยกกันเพื่อขยับตัวได้ บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกสะโพกข้างซ้ายหัก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินไม่ได้ ในปัญหานี้ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้มากขึ้น ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการดูแลตัวเองเมื่อใส่ skeletal traction ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตัวเองได้ในการใส่ skeletal traction ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ต้นขาซ้ายอยู่ในแนวแรง ไม่ผิดรูป ขา 2 ข้างยาวเท่ากัน ปัญหาเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บการดึงถ่วงน้ำหนัก ยังคงอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยต้องดึงน้ำหนัก นาน 3 - 4 เดือน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยยังคงอยู่ เพราะผู้ป่วยกลัวกระดูกไม่ติดกัน ยังพร่องการเคลื่อนไหวร่างกาย ยังมีสับสน พุดซ้ำ พร่องการสื่อสาร จำเป็นต้องได้รับการดูแลแก้ไขต่อไป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ในการฟื้นฟูสภาพ

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 30 กรกฎาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีสหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีชักเกร็ง ยังมีอาการปวดขา สับสนเป็นบางครั้ง ขาข้างซ้ายเอา skeletal traction ออก ต้นขาซ้ายไม่มีบวม หลังจากไปพบแพทย์กระดูกและข้อ จากการเอกซเรย์พบว่ามีการเชื่อมต่อของกระดูกดี และพบนักกายภาพ ได้หัดเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ สามารถทำ active exercise ได้

ตรวจร่างกายพบ รูปร่างสมส่วนไม่มีบวมตามร่างกาย น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.40 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/61 มม.ปรอท หายใจไม่หอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99% Room air ขาข้างซ้าย กำลังกล้ามเนื้อ ระดับ 4 ไม่พบกล้ามเนื้อลีบ ไม่มีแผลกดทับ แขนขาข้างขวากำลังปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้มีญาติคอยดูแล ช่วยเหลือบางครั้ง สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองได้ทั้งหมด การแปรงฟัน ทำกิจวัตรประจำวัน ประเมิน Activities of Daily Living = 20 คะแนน ไม่มีแผลกดทับ ประเมิน Braden Scale = 23 คะแนน รับประทานอาหารได้เอง ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดง ติดตามประเมินการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ปฏิบัติตัวถูกต้อง รับประทานยาถูกต้องตามแผนการรักษา จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 30 กรกฎาคม 2566 ปัญหาที่แก้ไขหมดแล้วคือ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เนื่องจากได้ทราบผลการรักษาจากแพทย์ และผลการเอกซเรย์กระดูกดีขึ้น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บการดิ่งถ่วงน้ำหนัก ผู้ป่วยไม่ได้รับการบาดเจ็บจากการถ่วงน้ำหนัก สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ตามคำแนะนำของแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พร่องการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยไม้ค้ำยัน เคลื่อนไหวร่างกายตนเองได้ทั้งหมด รับประทานอาหารได้เอง ผู้ป่วยรับประทานยากันชักต่อเนื่องไม่ขาดยา

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกสะโพกข้างซ้ายหัก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินไม่ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีสับสนและพร่องการสื่อสาร เนื่องการผ่าตัดที่สมอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ในการดูแลตัวเองใส่ skeletal traction

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บการดิ่งถ่วงน้ำหนัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ในการฟื้นฟูสภาพ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 68 ปี ป่วยเป็นฝีในสมอง (Brain Abscess) รักษาด้วยการผ่าตัดเมื่อ 13 มิถุนายน 2565 ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และได้ยาปฏิชีวนะมาฉีดต่อที่โรงพยาบาลอีก 1 เดือน หลังจากนั้นผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ทำกิจวัตรประจำวันได้แต่เช้า สามารถเดินได้เองโดยใช้ walker ไม่ค่อยพูด ต้องมีคนดูแลตลอด ต้องมีคนช่วยพยุงในบางครั้ง รับประทานอาหารได้เอง ขึ้นบันไดได้ 9 วันก่อนมาญาติแจ้งว่าผู้ป่วยพลัดตกจากทาง slope สูง 1 เมตร ไม่มีใครเห็นเหตุการณ์ เห็นนอนอยู่ข้างบันได มีอาการปวดสะโพกข้างซ้าย ขาซ้ายบวมเดินไม่ได้ ญาติคิดว่าไม่เป็นไรจึงไม่พามาโรงพยาบาล 1วันเริ่มมีไข้ ขาบวมมากขึ้น จึงพามาโรงพยาบาล Film pelvis พบว่า left femur neck displaced fracture แพทย์วินิจฉัย close fracture left neck femur ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ล้มเหลว จึงรักษาด้วยการดึงกระดูก (skeletal traction) ถ่วงน้ำหนัก 3 กิโลกรัมอาการดีขึ้น แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านมารักษาตัวที่บ้าน รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลอรัญประเทศ 9 วัน

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 15 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2566 แรกรับรู้สึกตัวดี สมองตัวเอง หายใจไม่มีเหนื่อยหอบ พูดช้า ทำตามคำสั่งได้ รูปร่างค่อนข้างท้วม สีหน้าวิตกกังวล มีสับสนเป็นบางครั้ง สื่อสารได้ นอนบนเตียง ขาข้างซ้ายแบะออก หัวเข่าเขี้ยวซ้ำ ต้นขาบวมผิดปกติ ไม่มี skeletal traction ผู้ป่วยแจ้งว่าเอาออกตั้งแต่มาที่บ้าน เชือกขาดเลยแกะออก เดินไม่ได้ ปวดมากเวลาขยับตัว นอนบนเตียง ลูกนั่งบนเตียงต้องมีคนช่วยพยุง ประเมิน Activities of Daily Living = 9 คะแนน ไม่มีผลกดทับ ประเมิน Braden Scale = 14 คะแนน รับประทานอาหารได้เอง มีน้องสาวเตรียมอาหารไว้ให้ รับประทานประจำตัวที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญประเทศ ยาที่รับประทานคือ Metformin 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น Humulin RI 4 unit sc. เข้า การประเมินผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดผลกดทับ บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกสะโพกข้างซ้ายหัก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินไม่ได้ ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ในการดูแลตัวเองใส่ skeletal traction นอกจากนี้พบว่าพร้อมการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงได้วางแผนและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 4 ครั้ง เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 15 เมษายน 2566 ครั้งที่ 2 วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 ครั้งที่ 3 วันที่ 16 มิถุนายน 2566 ครั้งที่ 4 วันที่ 30 กรกฎาคม 2566 หลังให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 3 เดือน 15 วัน พบว่าผู้ป่วย รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้เอง ไม่ค่อยพูด สีหน้าสดชื่น ขาข้างซ้ายไม่มี skeletal traction เดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน ประเมิน Activities of Daily Living = 20 คะแนน ไม่มีผลกดทับ ประเมิน Braden Scale = 23 คะแนน ผลการเอกซเรย์ การติดตามของกระดูกดีขึ้น การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยญาติมีความรู้ ความเข้าใจและคลายความวิตกกังวลลง และได้ให้แนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น หากมีอาการผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์

การดูแลผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง คือ การฟื้นฟูสภาพ ร่างกายผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้ เสี่ยงต่อการชักเกร็งซ้ำเนื่องจากมีการมีพยาธิสภาพที่สมอง ยกกันชักตลอด ระว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้กำลังใจผู้ป่วย และญาติเพื่อให้มีพฤติกรรมที่ดีคงอยู่อย่างยั่งยืน สรุปรวมการเยี่ยมทั้งหมด 4 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งหมด 3 เดือน 15 วัน และวางแผนติดตามเยี่ยมต่อไปจนครบ 6 เดือน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ต้องการศึกษา
2. ค้นคว้าศึกษาข้อมูลและรวบรวมข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคผีในสมองร่วมกับคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเตียง
3. เสนอหัวหน้ากลุ่มงานในการติดตามเยี่ยมบ้านกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคผีในสมองร่วมกับคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเตียง
4. ออกประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดทำแผนการพยาบาลเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน
5. ออกติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมให้การพยาบาลและคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาในแต่ละครั้งที่พบ
6. สรุปผลการเยี่ยมบ้าน
7. นำผลการสรุปมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาโรคผีในสมองร่วมกับคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเตียง
2. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคผีในสมองร่วมกับคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเตียง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงาน เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคผีในสมองร่วมกับคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเตียง จำนวน 1 ราย รับไว้ดูแลตั้งแต่วันที่ 15 เมษายน 2566 ถึง วันที่ 30 กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลาดูแล 3 เดือน 15 วัน รวมติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง

5.2 ผลสำเร็จของงาน เชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคผีในสมองร่วมกับคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเตียงอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้

6. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคผีในสมองร่วมกับคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเตียง

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

1. เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการใส่เครื่องดึงกระดูก skeletal traction และต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย เสี่ยงที่ผู้ป่วยจะแกะเครื่องดึงกระดูก skeletal traction ออก ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการได้ เมื่อ skeletal traction ขาดแกะออก จึงต้องนำผู้ป่วยพบแพทย์กระดูกและข้อเพื่อทำการใส่ใหม่
2. ญาติผู้ดูแลยังขาดความรู้ ทักษะและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

8 ปัญหาและอุปสรรค

1. ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตก หกล้ม
2. การรักษากระดูกสะโพกหักโดยใช้การดึงกระดูก skeletal traction ต้องใช้เตียงผู้ป่วย และผู้ดูแลต้องเข้าใจในการดูแลเครื่องดึงกระดูก skeletal traction หากปฏิบัติไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ

9. ข้อเสนอแนะ

1. จัดระบบติดตามประเมินความรู้ของญาติผู้ป่วย ฝึกฝนเพิ่มพูนทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความชำนาญ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคผีในสมองร่วมกับคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อนที่มีภาวะติดเตียง ในการประชุมหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวสุภาวดี มณีกระจ่าง ผู้เสนอมีส่วนผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... สุภาวดี จันทิกรเจา

(นางสาวสุภาวดี มณีกระจ่าง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 26 / 6 / 2566

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1.นางสาวสุภาวดี มณีกระจ่าง	<u>สุภาวดี จันทิกรเจา</u>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....รุ่งนภา คมมนต์.....

(นางรุ่งนภา คมมนต์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

(วันที่) 27 / กันยายน / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....[ลายเซ็น].....

(นางสาวสลิลทิพย์ ไพบูลย์สิทธิวงศ์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานภารกิจด้านปฐมภูมิ

(วันที่) 27 / กันยายน / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....[ลายเซ็น].....

(นายราชาเชษฐา เชียงพนม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

(วันที่) 11 / ๓.๓ / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

นพ. ศ. ส. จ.

(ลงชื่อ).....[ลายเซ็น].....

(นายชรรษาพงษ์ กัปปะโก)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 17 / ๓.๓ / 2566

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน

2.หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานชนิดที่2 เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้วินิจฉัยเป็นเบาหวานมาก่อนและอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่อยู่ในระยะก่อนเป็นเบาหวาน(สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) และมีความเสี่ยงสูงที่กลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้ในอนาคต หากไม่มีการจัดการตนเอง จากการศึกษา พบว่าคนที่อ้วนลงพุงจะทำให้เกิดโรคเบาหวานเป็น 2 เท่า ในขณะที่โรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงเป็น 3 เท่า (ซซ์ลิต รัตสราร, 2556) การแก้ปัญหาการเกิดโรคเบาหวานที่ดีที่สุดคือ การป้องกันในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการเพิ่มความรู้และการรับรู้ของบุคคลที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านบริโภคอาหารของบุคคล และอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองตามทรัพยากรและบริบทของชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มเสี่ยงให้มีความเหมาะสม ร่วมกับมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการป้องกันหรือชะลอเวลาไม่ให้เกิดกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มป่วย และยังเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น การเสริมพลังชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานที่อยู่ในระยะก่อนเป็นเบาหวาน โดยทั่วไปผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความตระหนักหรือเพิกเฉยต่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนในเวลาต่อมา การป้องกันโรคเบาหวานจึงสามารถทำได้ด้วยการจัดการกับภาวะอ้วนลงพุง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงให้เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในชุมชนตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 ในโครงการคนไทยไร้พุง มาใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานแล้วก็ตาม พบว่าการดำเนินการดังกล่าวยังขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งไม่สามารถให้การดูแลกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการได้ เนื่องจากจำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนจำกัดจึงให้การทำงานส่วนใหญ่มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม)และคณะกรรมการในชุมชนมาร่วมเป็นเครือข่าย (ศิวพร โชติกเสถียร, ม.ป.ป.)

ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองมีประชากรที่มีอยู่ในการดูแลตั้งแต่ปี 2564 ถึง2566 มีประชากร 8,572 8,748 และ 8,803 ราย และมีผู้ป่วยในความรับผิดชอบป่วยเป็นเบาหวานตั้งแต่ปี 2564 ถึง 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 523, 528 และ 542 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเพิ่มปัญหาทางสาธารณสุข ในชุมชนต้องการที่จะลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มสงสัยรายใหม่ ที่ได้รับการคัดกรองและไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำเพราะคิดว่าตนเองยังไม่ป่วย และไม่ได้ติดตามอย่างต่อเนื่อง และเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการจัดการกลุ่มเสี่ยง และผู้นำชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการช่วยเหลือด้านงบประมาณ การวางแผน และการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิด นำการให้สุขศึกษาแก่คนในชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน ให้คนในชุมชนสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และนำความรู้ด้านสุขภาพได้รับ ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อให้ผู้ชุมชนและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการซักประวัติพูดคุยกับผู้ป่วยเบาหวานและคนในชุมชน ในเขตตำบลอรุณประเทศพบว่า

1. กลุ่มเสี่ยงที่มีญาติเป็นเบาหวาน ไม่ได้คัดกรองเบาหวาน
2. กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ไม่ได้คัดกรองเบาหวาน
3. กลุ่มเสี่ยงที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 22.90 ในชุมชน
4. กลุ่มเสี่ยงชอบดื่ม น้ำหวาน และน้ำอัดลมแทนน้ำ
- 5.โครงการลดพุงขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งกลุ่มเสี่ยงที่พบ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ให้กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นเบาหวานได้ง่าย หากกลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่ปรับเปลี่ยนถูกต้อง เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองต้องให้บริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มมากขึ้น การเข้าถึงบริการจำกัดด้วยจำนวนบุคลากร การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการให้ความรู้และเรียนรู้ร่วมกัน สามารถกระตุ้นคนในชุมชนตระหนักถึงเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่นำไปสู่การลดความเสี่ยงป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดนำ การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง ลดอัตราป่วยจึงส่งเสริมการให้สุขศึกษาด้านสุขภาพ และผู้ป่วยเบาหวาน สามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล จากการพ่องความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และครอบครัว โดยมุ่งหวังว่ากลุ่มเป้าหมายจะสามารถปรับเปลี่ยนสุขภาพ เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานลดลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน
2. ลดกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในอนาคต

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน มกราคม 2567 – มิถุนายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ประชากรกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานในเขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอรุณประเทศ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. ปรึกษาหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการยื่นเสนอแนวคิดให้กับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน และผู้นำชุมชน
4. ขออนุมัติดำเนินการ กับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน
5. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่
2. กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่ถูกต้อง
2. กลุ่มเป้าหมาย มีความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวานได้ถูกต้อง

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 20
2. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับสุขศึกษา มากกว่าร้อยละ 90
3. ร้อยละการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของกลุ่มเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 50

(ลงชื่อ) สุกุม ตรีทิระพงษ์

(นางสาวสุภาวดี มณีกระจ่าง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 26 / กันยายน / 2566

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding) ร่วมกับโรคต่อมลูกหมากโต (Benign Prostate Hyperplasia)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 6 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 10 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 5 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding) ร่วมกับโรคต่อมลูกหมากโต (Benign Prostate Hyperplasia)

ความหมายของโรค

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding :UGIB)

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นภาวะที่เกิดจากการมีเลือดออกตั้งแต่หลอดอาหารไปจนถึงส่วนที่เหนือลำไส้เล็กส่วนต้นบริเวณ Ligament of trietze มีสาเหตุ 2 ประเภท

1. แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น(peptic ulcer) หมายถึง การมีบาดแผลของทางเดินอาหารชั้นเยื่อบุกระเพาะอาหาร(mucosa) ตั้งแต่บริเวณหลอดอาหาร(esophagus) ถึงลำไส้เล็กส่วนกลาง (jejunum) แต่ส่วนมากพบในบริเวณกระเพาะอาหาร(gastric) และลำไส้เล็กส่วนต้น พยาธิสภาพการเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นเนื่องจากการสูญเสียความสมดุลระหว่างการหลั่งกรดไฮโดรคลอริกมากผิดปกติจึงทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารมีจำนวนลดลง เลือดไปเลี้ยงน้อยลงและเกิดแผล จากสถิติพบว่าเชื้อแบคทีเรียชนิด Helicobacter pylori มีส่วนทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ประมาณร้อยละ 90 และแผลของลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 75 นอกจากนี้พบว่าบริเวณที่ปลอดเชื้อ Helicobacter pylori ยังทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ เนื่องจากการรับประทานยาลดกรดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ทำให้มีการทำลายชั้นเยื่อบุกระเพาะอาหารโดยตรง และยังพบว่าชา กาแฟ และแอลกอฮอล์ทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารมีจำนวนลดลงเกิดแผลได้ง่ายและทำให้แผลหายช้า บริเวณที่พบเลือดออกมาก คือ กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น

2. หลอดเลือดดำบริเวณหลอดอาหารส่วนปลายโป่งพอง (esophageal varices) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากของผู้ป่วยโรคตับแข็ง โดยพบประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งจะมีเลือดออกเรียกว่า variceal hemorrhage ทั้งนี้เนื่องจากมีความดันหลอดเลือดดำ portal hypertension เกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันของเส้นเลือด ทำให้มีม้ามโต และมีการเชื่อมติดกันระหว่างหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงบริเวณส่วนปลายของหลอดอาหารส่วนต้น และเกิดภาวะช็อกได้ (นภชนก รักษาเคน,2562)

พยาธิสภาพ

ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียเลือดน้อยกว่าร้อยละ 10 ของปริมาตรเลือดในร่างกาย ส่วนใหญ่จะไม่พบอาการผิดปกติ แต่ถ้ามีการสูญเสียเลือดในปริมาณร้อยละ 20-25 ของปริมาตรเลือดในร่างกาย จะปรากฏอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนลดลง ร่างการจะมีกลไกชดเชยเพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ จึงพบอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นโดยอาจมีชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที ขณะเดียวกันหลอดเลือดแดงส่วนปลายจะหดตัว ทำให้มีเลือดไปผิวหนังลดลง พบผิวหนังซีดและเย็น หากมีการสูญเสียเลือดต่อเนื่องถึงร้อยละ 30 ของปริมาตรเลือดในร่างกายจะพบเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้ปริมาณน้ำปัสสาวะ(urine output) ลดลง ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้เกิดภาวะไตวาย(renal failure)ในระยะต่อมาได้ นอกจากนี้อวัยวะในระบบทางเดินอาหารจะมีเลือดไปเลี้ยงลดลงด้วย ทำให้มีอาการปวดท้องร่วมด้วย หากไม่ได้รับการแก้ไขในเวลาที่เหมาะสม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพ(ต่อ)

อาจทำให้ลำไส้ขาดเลือด และตับวายเฉพะบางส่วนได้ หากยังมีการสูญเสียเลือดอย่างต่อเนื่อง กลไกการชดเชยของร่างกายจะล้มเหลว อวัยวะต่างๆ ขาดออกซิเจนจากเลือดไปเลี้ยง ทำให้เกิดการเผาผลาญอาหารโดยไม่ใช้ออกซิเจนสร้างกรดแลคติกเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดสูง(metabolic acidosis) นอกจากนี้เมื่ออวัยวะสำคัญขาดเลือดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น สมอ จะมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวจนไม่รู้สึกรู้ตัว(coma) หรือหัวใจจะเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด(myocardial infarction) รวมถึงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายสูญเสียหน้าที่และทำให้ถึงแก่ชีวิตในที่สุด(นนทลี เผ่าสวัสดิ์,2561)

อาการและอาการแสดง

1.อาเจียนเป็นเลือด (hematemesis) คือ การอาเจียนเป็นเลือด ลักษณะเป็นเลือดแดงสด หรือเลือดสีดำเก่าๆ ที่เรียกว่า coffee ground ซึ่งเป็นเลือดที่ถูกกรดในกระเพาะอาหารเปลี่ยนเป็น acid hematin พบในรายที่มีเลือดออกรุนแรงถ่ายดำ(malena) ลักษณะอุจจาระมีสีดำเป็นมัน เหนียวและมีกลิ่นเหม็น การถ่ายดำเกิดจากกรดในกระเพาะอาหารย่อยสลายเลือดเป็น hematin ซึ่งปริมาณเลือดเพียง 60 มิลลิลิตร ในกระเพาะอาหารเมื่อถูกกับกรดสามารถทำให้ถ่ายดำได้

2.ถ่ายเป็นเลือดสีแดงสด (hematochezia) เป็นอาการที่พบในภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นจำนวนมากหรือออกจากลำไส้ใหญ่ (เป็นภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง)

3.อาการของการเสียเลือด (symptom of blood loss) ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นลมในสั้น หรือมีภาวะซีด เช่น ซีฟจรเบา ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว และหมดสติ เป็นต้น

การวินิจฉัย

1.การซักประวัติ ซักประวัติถึงปัจจัยสาเหตุที่เกิดเลือดออกที่พบบ่อย เช่น ulcer, stress, liver disease, varices, alcoholism ประวัติการใช้ยา ซึ่งอาจจะรบกวนการแข็งตัวของเลือด หรือเพิ่มโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น aspirin, anti-coagulant, NSAID ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ดื่มชา กาแฟ เป็นต้น ซักถามอาการที่สำคัญ ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำหรืออาการซีด หรืออาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่แบบเฉียบพลันก่อนมาโรงพยาบาล

2.การตรวจร่างกาย การตรวจบริเวณท้อง ว่ามีกตเจ็บ คลำพบก้อน หรือภาวะท้องมาร(ascitis) หรือไม่ ตรวจทางทวารหนักเพื่อดูว่ามีถ่ายดำ หรือถ่ายเป็นเลือดสีแดงสด ผู้ป่วยมีภาวะซีดอยู่ก่อนหรือมีตัวเหลืองหรือไม่

3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากการตรวจดูค่าความเข้มข้นของเลือด(Hct) แล้วการดูค่าการทำงานของไต(BUN, cretinine) อาจช่วยบ่งบอกว่าเลือดที่ออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น นอกจากนี้การตรวจดูค่าการทำงานของตับ(liver function test:LFT) และการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ PT,PTT และ platelet count ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง อาจตรวจพบว่าการแข็งตัวของเลือดและการทำงานของตับผิดปกติ

4.การสวนล้างทางสายยาง (nasogastric lavage) เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรทำทุกรายในผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ถ้าดูดสายยางได้เลือดสีแดง แสดงว่ายังมีภาวะเลือดออก(active bleeding) ในกรณีที่ได้เลือดและไม่ได้น้ำดีแสดงว่าผู้ป่วยอาจมีเลือดออกที่ส่วนปลายของกระเพาะอาหาร ในกรณีที่การสวนล้างกระเพาะอาหารไม่มีเลือดและมีน้ำดี สาเหตุอาจเป็นเลือดออกแล้วหยุดไปแล้ว หรือจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง(lower GI bleeding)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัย(ต่อ)

5.การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร (Endoscopy/gastroscopy) เป็นการตรวจที่มีประสิทธิภาพสูงในการหาสาเหตุ และตำแหน่งของภาวะเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งจำเป็นและควรทำใน 24 ชั่วโมง (กฤษณ์ อัจฉา,2561)

การรักษา

การรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น แบ่งออกเป็น

1.การรักษาทางยา (Medical therapy) การรักษาในกลุ่มนี้ ถ้าการจัดการตามขั้นตอนของการ resuscitation ที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าได้ให้การรักษาในจุดนี้ไปแล้ว ยาที่ใช้เป็นหลักในกลุ่มนี้เป็นพวก Acid-suppressing agent ที่มักใช้กันบ่อย ส่วนยาในกลุ่มอื่นๆ ที่อาจจะมีให้ใช้มากขึ้น เช่น ในกลุ่มของการรักษา esophageal varices

2.การรักษาโดยการส่องกล้อง (Endoscopy therapy) การรักษาโดยการส่องกล้องเป็นวิธีการหลักและเป็นวิธีแรกที่พึงกระทำถ้าสามารถทำได้ เนื่องจากความจำเป็นในการส่องกล้องเพื่อวินิจฉัยแล้วและเมื่อพบสาเหตุแล้วยังสามารถทำการรักษาได้ด้วย ทำให้เป็นที่ยอมรับว่าเป็นมาตรฐานทั้งในด้านการวินิจฉัยและดำเนินการรักษา

3.การรักษาาร่วมกับการใช้รังสี (Interventional radiology) การรักษาอาการเลือดออกของทางเดินอาหารส่วนต้นมักจะเลือกใช้วิธีทางด้าน intervention ต่อเมื่อการรักษาทาง Endoscopy ล้มเหลว และผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่พร้อมจะนำไปผ่าตัดได้

4.การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgery) มักจะใช้ในผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินมากๆ หรือล้มเหลวจากการพยายามรักษาเลือดออกด้วยวิธีอื่นๆ

การพยาบาล

1.ตรวจสอบสัญญาณชีพ (vital signs) ได้แก่ ชีพจร และความดันโลหิต ถ้าชีพจรมากกว่า 100-120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตในท่านั่ง (postural hypotension) 10-15 มิลลิเมตรปรอท แสดงว่ามีการเสียเลือดอย่างน้อย 1,000 มิลลิลิตร

2.ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การให้ออกซิเจนในผู้ป่วยช็อกจำเป็นเพราะจำช่วยลดการทำงานของหัวใจและระบบหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ สิ่งที่ต้องติดตามประเมินและบันทึกได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะและอัตราการหายใจ ฟังเสียงลมเข้าออกจากปอด เพื่อตรวจค้นว่ามีการอุดตันทางเดินหายใจหรือมีภาวะน้ำเกินหรือไม่

3.ดูแลการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการให้เลือดทดแทน

4.ใส่สายยางกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยขั้นต้นว่าเป็น upper GI bleeding และดู activity ของเลือดที่ออก การใส่ NG tube ทิ้งไว้ เพื่อที่จะติดตามว่ายังมีเลือดออกหรือไม่ (อนงค์ คำบุตตา,2561)

การป้องกันเลือดออกซ้ำ

เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคที่เป็นและช่วยให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพเต็มที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติตัวของผู้ป่วยเอง ดังนั้นการพยาบาลในข้อนี้มักเน้นไปทางด้านการแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โดยมีคำแนะนำดังนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การพยาบาล(ต่อ)

1.อาการของโรคแผลในกระเพาะอาหาร มักจะหายไปก่อนที่จะแผลจะหายสนิท ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ควรหยุดยาก่อนที่แพทย์จะสั่งให้หยุด รับประทานยาให้ตรงตามที่แพทย์สั่ง เพื่อรักษาความสมดุลระหว่างกรดกับเมือกที่เยื่อผนังทางเดินอาหาร

2.ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงยาแก้ปวดในกลุ่มแอสไพริน ไอบูโพรเฟน หรือยาในกลุ่ม NSAID เพราะล้วนมีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเยื่อผนังกระเพาะอาหาร ซึ่งจะทำให้เป็นแผลมากขึ้น

3.ผู้ป่วยควรหยุดสูบบุหรี่ เพราะนอกจากจะทำให้ทางเดินอาหารอยู่ในสภาพไม่สมดุลแล้ว สารในบุหรี่ยังระคายเคืองต่อเยื่อผนังกระเพาะอาหารด้วย ซึ่งจะมีผลทำให้แผลหายช้าลง อย่าปล่อยให้เกิดอาการเครียด แม้ว่าความเครียดจะไม่มีผลโดยตรงต่อการเกิดแผลในกระเพาะ แต่ก็มักมีผลรบกวนการบรรเทาของแผลและมักจะทำให้อาการแย่ลงได้มาก

4.รับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายให้ครบ 5 หมู่ พบว่าอาหารส่วนมาก แม้แต่อาหารที่มีรสจืดก็ตามมีผลน้อยมากต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร แต่อย่างไรก็ตามอาหารบางชนิดก็อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแสบร้อน ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยง ไม่ว่าจะเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กาแฟ น้ำอัดลม เป็นต้น (นภชนก รักษาเคน,2562)

โรคต่อมลูกหมากโต (BPH-Benign Prostatic Hyperplasia) คือ ภาวะที่ต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่ผิดปกติ ซึ่งชาวตะวันตกมักเปรียบเทียบขนาดปกติของต่อมลูกหมากว่าเท่ากับขนาดของผลวอลนัท (walnut-size) ตำแหน่งของต่อมลูกหมากจะอยู่ในบริเวณใต้กระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมากทำหน้าที่สร้างสารที่เป็นของเหลวประมาณ 30% ของน้ำอสุจิ ด้วยเหตุที่ต่อมลูกหมากจะห่อหุ้มท่อปัสสาวะส่วนต้นไว้ ดังนั้นเมื่อต่อมลูกหมากโตขึ้นก็อาจกดทับท่อปัสสาวะให้ตีบเล็กลง ส่งผลให้คนไข้มีอาการปัสสาวะติดขัด นอกจากนี้ต่อมลูกหมากโตอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผนังกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะหนาขึ้น เนื่องจากต้องบีบตัวแรงขึ้นเพื่อขับน้ำปัสสาวะให้ผ่านท่อแคบๆ และเมื่อผนังกระเพาะปัสสาวะหนาตัวขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการกักเก็บน้ำปัสสาวะลดลง คนไข้จึงต้องปัสสาวะบ่อย และอาจได้รับการกระตุ้นให้ปวดปัสสาวะขึ้นมาอย่างกะทันหันได้ โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบได้เป็นปกติ และการเกิดขึ้นมักจะสัมพันธ์กับอายุ มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่า 50% ของผู้ชายที่เป็นโรคต่อมลูกหมากมีอายุประมาณ 60 ปี ที่ผ่านมายังไม่มีหลักฐานที่แสดงชัดว่าโรคต่อมลูกหมากจะนำไปสู่โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่อย่างไรก็ตามอาการความผิดปกติทั้งในต่อมลูกหมากโตและมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นมีความคล้ายกัน และอาจเป็นไปได้ว่าภาวะต่อมลูกหมากโตและมะเร็งต่อมลูกหมากจะเกิดขึ้นในขณะเดียวกัน(ธนิต วัชรพุกก์,2558)

สาเหตุ

ยังไม่มีสาเหตุแน่ชัด นักวิจัยคาดว่า การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเมื่ออายุมากขึ้น อาจทำให้ต่อมลูกหมากโตขึ้นได้

อาการและอาการแสดง

- 1.ถ่ายปัสสาวะบ่อย
- 2.ถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้วรู้สึกไม่สุด
- 3.เวลาปวดปัสสาวะต้องรีบเข้าห้องน้ำไม่ได้
- 4.ปัสสาวะไหลไม่แรง ต้องเบ่งช่วยเวลาถ่ายปัสสาวะ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความหมายของโรค(ต่อ)

การตรวจวินิจฉัย

1.ซักประวัติสอบถามอาการ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการและอาจให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบเกี่ยวกับอาการขับถ่าย ปัสสาวะผิดปกติ

2.แพทย์จะตรวจต่อมลูกหมากโดยใช้นิ้วที่ท่ายาหล่อลื่นคลำต่อมลูกหมากผ่านทางทวารหนัก เพื่อดูว่ามีลักษณะที่น่าสงสัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ และแพทย์จะตรวจหาแอนไซม์ในเลือด ชื่อ พี.เอส.เอ (PSA: Prostate Specific Antigen) ซึ่งมีค่าปกติประมาณ 0-4 ng/ml (นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร) และถ้าพบว่าผลเลือดสูงกว่าปกติ แพทย์จะแนะนำให้ตัดชิ้นเนื้อของต่อมลูกหมาก โดยใช้เข็มเล็กๆ ผ่านทางทวารหนักและนำไปตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์

3.ตรวจสมรรถภาพการขับถ่าย โดยดูจากความแรงของการถ่ายปัสสาวะ และจำนวนปัสสาวะที่เหลือค้าง

4.ตรวจดูภายในกระเพาะปัสสาวะด้วยกล้องส่องเมื่อมีความจำเป็น เพื่อการวินิจฉัยที่ชัดเจน

การรักษา

1.หากผู้ป่วยมีอาการไม่มากนักและไม่รบกวนชีวิตประจำวัน แพทย์อาจแนะนำนัดติดตามอาการเป็นระยะ

2.ถ้าผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยเพราะดื่มน้ำมาก โดยเฉพาะก่อนนอนก็ควรลดปริมาณการดื่มน้ำ และถ้าถ่ายปัสสาวะบ่อยเพราะรีบไปถ่ายเมื่อปวดก็ควรเว้นระยะห่างของการปัสสาวะแต่ละครั้งให้นานขึ้น ปริมาณปัสสาวะที่เหมาะสมในการขับถ่ายแต่ละครั้งประมาณ 1 แก้ว หรือห่างกัน 2 ชั่วโมง

3.เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมากขึ้นแพทย์จะเริ่มให้ยาในการรักษา ซึ่งปัจจุบันมีอยู่ประมาณ 2-3 ชนิด บางชนิดมีสรรพคุณลดขนาดต่อมลูกหมาก และบางชนิดเป็นสมุนไพรที่สกัดขึ้นเพื่อลดอาการบวม ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาการให้ยาตามความเหมาะสม

4.การใช้คลื่นความร้อน เช่น ไมโครเวฟ คลื่นวิทยุ หรือเลเซอร์ ผ่านเข้าไปที่ต่อมลูกหมาก เพื่อทำให้ต่อมลูกหมากฝ่อและเล็กลง ซึ่งเป็นวิธีที่แพทย์เลือกใช้กับผู้ป่วยรายที่ไม่เหมาะกับการผ่าตัด

5.การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโดยขูดต่อมลูกหมากด้วยกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ หรือที่เรียกว่าTUR-P (Transurethral Prostatectomy) เพื่อตัดต่อมลูกหมากออกเป็นชิ้นเล็กๆ แพทย์จะใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะได้พักและรอให้ปัสสาวะใสเสียก่อน จึงเอาสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 2-4 สัปดาห์ วิธีนี้แพทย์จะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการมากหรือมีภาวะแทรกซ้อน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ,2559)

การพยาบาล

ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากประเมินอาการแล้วพบว่ามีอาการเพียงเล็กน้อย อาจจะใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วย ได้แก่

1.หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำมากเกินไป โดยเฉพาะช่วงก่อนเข้านอนจะได้ไม่ต้องตื่นมาปัสสาวะกลางดึก

2.งดดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้ปัสสาวะบ่อยได้

3.หลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ จะได้ไม่เสี่ยงเป็นโรคระเพาะปัสสาวะอักเสบ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น
(Upper Gastrointestinal bleeding;UGIB) ร่วมกับโรคต่อมลูกหมากโต
(Benign Prostate Hyperplasia;BPH)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
ระดับการศึกษาชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพรับจ้าง

แหล่งที่มาของข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลอรัญประเทศ และจากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 6 มีนาคม 2566 เวลา 12.21 น.

วันที่รับไว้ดูแล 6 มีนาคม 2566 เวลา 15.55 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 10 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 10 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 4 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 5 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเศษอาหารปนเลือด 30 นาทีก่อนมา

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายดำ 5-6 ครั้งต่อวัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อ่อนเพลีย ซีด ตัวเย็น อาเจียนเป็นเศษอาหารปนเลือด ไปรักษาที่คลินิกแพทย์ให้น้ำเกลือ 1 ขวด อาการอาเจียนลดลง

30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเศษอาหารปนเลือด จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ให้ประวัติเคยประสบอุบัติเหตุทำให้กระดูกคอเสื่อม ผู้ป่วยจึงซื้อยาแก้ปวดคลายเส้นมารับประทานเองทุกวันเป็นเวลานาน 3 ปี

มีโรคประจำตัวต่อมลูกหมากโต หรือ BPH (Benign Prostate Hyperplasia) เป็นมา 3 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ ยาที่ได้รับ Tamsulosin HCL (Uroflow) 0.4 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 94-95% น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 23.38 (อยู่ในภาวะอ้วน) อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ใบหน้า : มีรูปร่างปกติ ใบหน้าและอวัยวะบนใบหน้าสมส่วนกันและเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง ผิวหนังเรียบ ไม่บวม

ผิวหนัง : ปกติ

ศีรษะ : รูปร่างปกติ

ใบหน้า : มีรูปร่างปกติ ใบหน้าและอวัยวะบนใบหน้าสมส่วนกันและเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง ผิวหนังเรียบ ไม่บวม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ(ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ(ต่อ)

ตา : ม่านตากลมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง มองเห็นปกติดี เยื่อตาซีดระดับ 1+

หู : การได้ยินชัดเจน ใบหูไม่มีผิดปกติ

จมูก : มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คัด ไม่เอียงผิดปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งหรือเลือดกำเดาไหล กัดไม่เจ็บ

ปาก : ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผล ไม่มีการอักเสบ

คอ : ปกติ ไม่มีก้อน ต่อม้ำเหลืองไม่โต

ทรวงอก : การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เสียงการเต้นของหัวใจปกติ

ระบบการไหลเวียนโลหิต : ปกติไม่มีอาการบวม กัดไม่บวม

ระบบทางเดินอาหาร : มีถ่ายดำ 5-6 ครั้งต่อวัน อาเจียนเป็นเศษอาหารปนเลือด

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ถ่ายปัสสาวะบ่อย

แขนและขา : เดินได้ปกติ ขยับแขนได้ดีทั้ง 2 ข้าง

ระบบประสาท : ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีชักเกร็ง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC) วันที่ 6 มีนาคม 2566 เวลา 14.06 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	13,320 cells/ul	4,000 – 10,000 cell/mm ²	สูงกว่าปกติ
RBC	3.02 cells/ul	4 – 6 cells/ul	ปกติ
Hemoglobin	7.6 g/dL	12.0 – 18.0 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	23 %	37 – 54 %	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	368,000 cells/ul	140,000 – 400,000 cells/ul	ปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ
Neutrophil	60 %	40 – 54 %	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	35 %	20 – 45 %	ปกติ
Monocyte	4 %	2 – 10 %	ปกติ
Eosinophil	1 %	0 – 6 %	ปกติ
MCV	75.6 fl	80 – 100 fl	ต่ำกว่าปกติ
MCH	25.2 pg	27 – 31 pg	ต่ำกว่าปกติ
MCHC	33.3 g/dL	32 – 35 g/dL	ปกติ
RDW	14.1 %	11.5 – 14.5 %	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจ Electrolytes วันที่ 6 มีนาคม 2566 เวลา 15.03 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	139 mmol/L	136 - 145 mmol/L	ปกติ
K	3.7 mmol/L	3.4 - 4.5 mmol/L	ปกติ
Cl	106 mmol/L	98 - 107 mmol/L	ปกติ
CO2	18 mmol/L	22 - 29 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Ion Gap	19 mmol/L		ปกติ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจระดับแคลเซียมและฟอสฟอรัสในเลือด วันที่ 6 มีนาคม 2566 เวลา 15.03 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Calcium	8.2 mg/dl	8.6 - 10.0 mg/dl	ต่ำกว่าปกติ
Magnesium	1.8 mg/dl	1.6 - 2.6 mg/dl	ปกติ
Phosphorus	1.8 mg/dl	2.5 - 4.5 mg/dl	ต่ำกว่าปกติ

ตารางที่ 4 ผลการตรวจการทำงานของไต วันที่ 6 มีนาคม 2566 เวลา 15.03 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	31.9 mg/dL	6 - 20 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Creatinine	0.85 mg/dL	0.97 - 1.17 mg/dL	ต่ำกว่าปกติ
eGFR	98.78 ml/min/l		

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 5 ผลการตรวจการแข็งตัวของเลือด (Coagulation) วันที่ 6 มีนาคม 2566 เวลา 13.52 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
APTT	31.9 mg/dL	6 - 20 mg/dL	สูงกว่าปกติ
PT	0.85 mg/dL	0.97 - 1.17 mg/dL	ต่ำกว่าปกติ
eGFR	98.78 ml/min/l		

ตารางที่ 6 ผลการตรวจการทำงานของไต วันที่ 10 มีนาคม 2566 เวลา 10.33 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	14.2 mg/dL	6 - 20 mg/dL	ปกติ
Creatinine	0.94 mg/dL	0.97 - 1.17 mg/dL	ต่ำกว่าปกติ
eGFR	91.55 ml/min/l		

ตารางที่ 7 ผลการตรวจระดับไขมันในร่างกาย (Lipid Profile) วันที่ 10 มีนาคม 2566 เวลา 9.28 น.

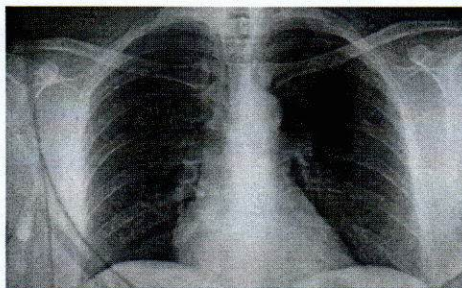
สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Triglyceride	128 mg/dl	< 150 mg/dl	ปกติ
Cholesterol	132 mg/dl	0 - 200 mg/dl	ปกติ
HDL	31 mg/dl	> 55 mg/dl	ต่ำกว่าปกติ
LDL	78 mg/dl	< 100 mg/dl	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางรังสี

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด Chest X-ray : CXR วันที่ 6 มีนาคม 2566 เวลา 14.10 น.



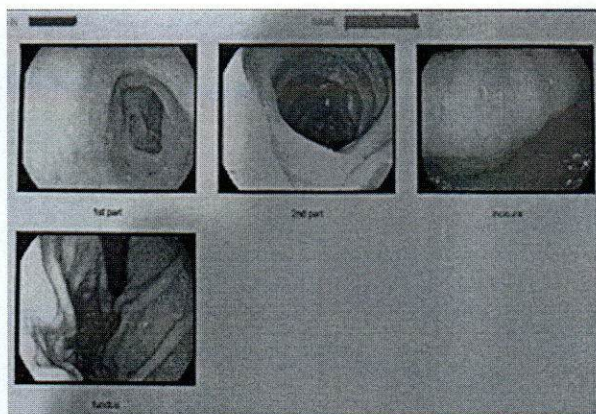
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiography (EKG) วันที่ 6 มีนาคม 2566 เวลา 15.30 น.

ผลตรวจ Sinus tachycardia

แปลผล : เป็นภาวะที่คลื่นหัวใจเหมือน normal sinus แต่อัตราการเต้นเร็วกว่า 100 ครั้ง / นาที

QRS 80 ms, QT/QTcBaz 332/443, PR 116 ms, P 72 ms, PR/PP 562/560 ,P/QRS/T 63/62/54 degrees

ผลการตรวจส่องกล้องกระเพาะอาหาร Gastroscopy Report วันที่ 9 มีนาคม 2566 เวลา 10.52 น.



การวินิจฉัยของแพทย์ ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน (Upper Gastrointestinal bleeding)

การผ่าตัด การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร และกระเพาะอาหาร (Esophagogastroduodenoscopy)

วันที่ 9 มีนาคม 2566 เวลา 16.30 น.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมถึงการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 6 มีนาคม 2566

รับใหม่ที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการ ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเศษอาหารปนเลือด 30 นาที สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 % ได้รับการสวนล้างกระเพาะอาหาร 1000 มิลลิลิตร ได้ Coffee ground 7 มิลลิลิตร ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, HBs Ag, Anti-HIV, Liver Function Test, Ca, Mg, Phosphorus, G/M PRC 2 unit ได้แล้วให้ 1 unit ใน 4 ชั่วโมง ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 มิลลิลิตร load 500 มิลลิลิตร หลังจากนั้นปรับอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ได้รับยาทางหลอดเลือดดำ Plasil 10 มิลลิกรัม, Omeprazole 40 มิลลิกรัม, Vitamin K 10 มิลลิกรัม, Transamin 250 มิลลิกรัม และ Ceftriaxone 2 กรัม แพทย์วินิจฉัย Upper Gastrointestinal bleeding; UGIB ให้อนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แกร็บที่หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หายใจ Room air ไม่มีเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale : EVM) E4V5M6 อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ผลตรวจห้องปฏิบัติการ CBC พบว่า WBC 13320 cells/ul, RBC 3.02 cells/ul, Neutrophil 60 %, hematocrit 23 % Base line 38-39 %, Hemoglobin 7.6 g/dL, MCH 25.2, BUN 31.9 mg/dl, Cr 0.85, Electrolyte พบว่า CO₂ 18 mmol/L, PT11.4 และ INR 1.03 ผลปกติ, PTT 16.2, LFT พบว่า ผล Total Protein 5.9 g/dl, Ca 8.2, PO₄ 1.8, ผล DTX stat 311 mg/dl ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดผลปกติ ได้รับการตรวจทวารหนัก (Per Rectum) พบว่ามี Melena ดูแลเฝ้าระวังภาวะ Hypovolemic Shock ดูแลให้ดื่มน้ำและงดอาหารทางปาก สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างให้สารน้ำและเลือด เจาะเลือดเพื่อติดตามผล hematocrit หลังให้เลือด ทุก 6 ชั่วโมง เวลา 18.00 น. = 27 % รายงานแพทย์ดูแลให้ Packed red cells 1 Unit ให้ใน 4 ชั่วโมง ติดตามผลระดับน้ำตาล DTX = 203 mg/dl ดูแลฉีด RI 2 unit Subcutaneous ตามแผนการรักษา ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที จนกระทั่งผู้ป่วยมีสภาพคงที่ ดูแลให้ได้รับยาทางหลอดเลือดดำ Omeprazole 40 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง, Vitamin K 10 mg วันละ 1 ครั้ง, Transamin 250 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง และ Ceftriaxone 2 กรัม วันละ 1 ครั้ง ผลการประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 80 -110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 -130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 - 100% on NG tube ต่อลง Bag ได้ Content เป็นเลือดสด 50 ml ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสจำนวน 600 มิลลิลิตร มีถ่ายดำ 5 ครั้ง บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกในร่างกาย ผลการบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและปริมาณสารน้ำออกเท่ากับ 1000/600 มิลลิลิตร

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมถึงการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล วันที่ 7 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องดี ประเมินระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 หายใจ Room air ไม่มีเหนื่อ หอบ ยังคู่อ่อนเพลีย ซีด ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NaCl 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เจาะเลือดติดตามผล hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง เวลา 06.00 น.=30%, เวลา 12.00 น.=24% ดูแลให้ได้รับ Pack red cells 1Unit iv drip in 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เวลา 16.30 น. Set OR for EGD (Esophagogastroduodenoscopy) ในวันที่ 9 มี.ค.66 แนะนำให้ดื่มน้ำและงดอาหาร 6-8 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการตรวจ ดูแลให้ถอดฟันปลอมก่อนทำหัตถการ ถ้ามีการแพ้ยาหรือความผิดปกติจากการให้ยาให้แจ้ง แพทย์และพยาบาล อธิบายถึงขั้นตอนการตรวจให้ญาติและผู้ป่วยรับทราบ สีหน้าคลายความวิตกกังวลลดลง และ ให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมทำหัตถการและผ่าตัด เวลา 17.00 น.ประเมินอาการผู้ป่วยหลังให้เลือดพบว่า มีอาการคันตามฝ่ามือฝ่าเท้า รายงานแพทย์ ดูแลให้ยา CPM 1 amp iv ทันที หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่มีอาการคันฝ่ามือ ฝ่าเท้า ติดตามผล hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง เวลา 18.00 น.=30% และเวลา 24.00 น.=29% ติดตามผลระดับ น้ำตาลในเลือดทางปลายนิ้วทุก 6 ชั่วโมง เวลา 12.00 น.=288 mg/dl ดูแลฉีด RI 4 unit Subcutaneous, เวลา 18.00 น.=228 mg/dl ดูแลฉีด RI 4 unit Subcutaneous และ 24.00 น.= 206 mg/dl ดูแลฉีด RI 4 unit Subcutaneous, ดูแลให้ยาทางหลอดเลือดดำ Omeprazole 40 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง, Ceftriaxone 2 กรัม วันละครั้ง, Vitamin K 10 มิลลิกรัม วันละครั้ง 3 วัน และ Transamin 250 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ผลการประเมิน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 -37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 80 - 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 -130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100% on NG tube ต่อลง Bag ได้ Content เป็นเลือดสด 50 ml คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสจำนวน 2,800 มิลลิลิตร มีถ่ายดำ 6 ครั้ง ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 2,800 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 2,550 มิลลิลิตร

วันที่ 8 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องดี ประเมินระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 หายใจ Room air ไม่มีเหนื่อ หอบ อ่อนเพลียลดลง ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NaCl 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เจาะเลือดติดตามผล hematocrit 8 ชั่วโมง เวลา 06.00 น.=24%, เวลา 14.00 น.=30% เวลา 22.00 น.= 29% ผลระดับน้ำตาลในเลือดทางปลายนิ้ว เวลา 06.00 น.=236 mg/dl ดูแลฉีด RI 4 unit Subcutaneous เวลา14.00 น.=194 mg/dl และเวลา 22.00 น.=210 mg/dl ดูแลฉีด RI 4 unit Subcutaneous, ดูแลให้ยาทางหลอดเลือด ดำ Omeprazole 40 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง, Ceftriaxone 2 กรัม วันละครั้ง, Vitamin K 10 มิลลิกรัม วันละ ครั้ง และ Transamin 250 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ครบ 3 วัน เวลา 23.30 น.ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ดูแลให้ ยาฉีดทางหลอดเลือดดำ Plasil 10 มิลลิกรัม ผลการประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 -37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 80-110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100% on NG tube ได้ content เป็น bile 25 มิลลิลิตร คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสจำนวน 2,790 มิลลิลิตร ไม่มีถ่ายดำ ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 2,790 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 1,775 มิลลิลิตร

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมถึงการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 9 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 ถามตอบรู้เรื่อง หายใจ Room air ไม่มีเหนื่อยหอบ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NaCl 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เจาะเลือดเพื่อติดตามผล hematocrit ทุก 12 ชั่วโมง hematocrit เวลา 06.00 น.=30% และ เวลา 18.00 น.=27% ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดทางปลายนิ้วทุก 12 ชั่วโมง Keep 80-200 mg/dl เวลา 06.00 น.=167 mg/dl เวลา 18.00 น.=184 mg/dl เจาะเลือดส่งตรวจ FBS, BUN, Cr, Lipid profile พรงนี้ แนะนำให้ผู้ป่วยให้ดื่มน้ำและงดอาหาร เตรียมผู้ป่วยก่อนไปห้องผ่าตัด Set OR for EGD เวลา 10.30 น. และรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดหลังทำ EGD เวลา 12.05น. แรกรับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่บ่นปวดท้อง สัญญาณชีพหลังผ่าตัด อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 98-100% ผลการตรวจ EGD : gastric ulcer ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NaCl 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง IV หมด off ดูแลให้จับน้ำมือเพียง มือเย็นให้รับประทานอาหารเหลว, พรงนี้ทานอาหารอ่อน มียารับประทานดังนี้ Amoxicillin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Clarithromycin 500 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Simeticone 80 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า-กลางวัน-เย็น, ผลการประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.8-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 98-110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 99-100% ไม่มีปวดท้อง ไม่มีท้องอืด ไม่มีถ่ายดำ 15.30น.ดูแลถอดสายสวนปัสสาวะ เวลา 16.30. ผู้ป่วยปัสสาวะออกเองสีเหลืองใสจำนวน 200 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 1,760 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 1,700 มิลลิลิตร

วันที่ 10 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หายใจ Room air ไม่มีเหนื่อยหอบ คอสดชื่นขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS 142 mg/dl , BUN 14.2, Cr 0.94, Triglyceride 128 mg/dl และ Cholesterol 132 mg/dl เวลา 06.00 น.Hct 28%, ผู้ป่วยอาการดีขึ้นรับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีปวดท้อง ไม่มีท้องอืด ไม่มีถ่ายดำ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้รับยากลับไปรับประทานที่บ้าน ดังนี้ Amoxicillin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Clarithromycin 500 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Simeticone 80 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า-กลางวัน - เย็น ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ จากการให้ประวัติจะพบว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้ เกิดจากผู้ป่วยซื้อยาแก้ปวดคลายเส้นมารับประทานเองทุกวัน เป็นเวลานานประมาณ 3 ปี จึงแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ และถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือดสด ควรมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที และแนะนำให้มาตรวจติดตามอาการตามนัด 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมถึงการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะช็อคเนื่องจากมีจากการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน
2. มีภาวะ Hyperglycemia
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องและคาสาย NG tube
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค
5. เสี่ยงต่อภาวะร่างกายได้รับสารน้ำและอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดปริมาณมาก
7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินอาหาร
8. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock เนื่องมีการสูญเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน
9. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดในทางเดินอาหารส่วนบน
10. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ
11. ไม่สุขสบายเนื่องจากปัสสาวะบ่อยหลังถอดสายสวนปัสสาวะ
12. ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี รับใหม่ที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการ ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเศษอาหารปนเลือด 30 นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% แพทย์ให้การรักษาใส่สายยางทางจมูก lavage 1,000 มิลลิลิตร ได้ Coffee ground 7 มิลลิลิตร แพทย์ตรวจร่างกายโดยการตรวจทางทวารหนัก พบอุจจาระสีดำ (Melena) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, HBs Ag, Anti-HIV, Liver Function Test, Ca, Mg, Phosphorus, G/M PRC 2 unit ได้แล้วให้ 1 unit iv drip in 4 ชั่วโมง ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NaCl 1,000 มิลลิลิตร Load 500 มิลลิลิตรหลังจากนั้นปรับเป็น 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ได้รับยาทางเส้นเลือดดำ Plasil 10 มิลลิกรัม, Omeprazole 40 มิลลิกรัม, Vitamin K 10 มิลลิกรัม, Transamin 250 มิลลิกรัม, Ceftriaxone 2 กรัม แพทย์วินิจฉัย Upper Gastrointestinal bleeding : UGIB ให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แกร็บที่หอผู้ป่วยสามัญคัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ชีต เหงื่อออก ตัวเย็น ประเมินระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 แกร็บ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ได้รับการเจาะเลือดส่งทางห้องปฏิบัติการ CBC พบว่า WBC 13,320 cells/ul, RBC 3.02 cells/ul, Neutrophil 60% , hematocrit 23%, Hemoglobin 7.6 g/dl, MCH 25.2, BUN 31.9 mg/dl, Cr 0.85, Electrolyte พบว่า CO2 18 mmol/L, PT 11.4, INR 1.03, PTT 16.2, LFT พบว่า ผลTotal Protein 5.9 g/dl, Ca 8.2, PO4 1.8, ผล DTX stat 311 mg/dl และได้รับการเอกซเรย์ปอดผลปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

ผู้ป่วยภาวะ Hypovolemic Shock เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal bleeding: UGIB) ดูแลให้ดื่มน้ำและงดอาหารทางปาก ดูแลให้เลือด Packed red cells group B จำนวนทั้งหมด 3 Unit สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างได้รับเลือด เจาะเลือดเพื่อติดตามผล hematocrit หลังให้เลือด ทุก 6 ชั่วโมง พบว่าผล hematocrit เวลา 18.00 น. Hct 27% ดูแลให้ Packed red cells 1Unit iv drip in 4 ชั่วโมง และติดตามผล DTX 203 mg/dl ดูแลฉีด RI 2 unit Subcutaneous ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80-110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้ง/นาที จนกระทั่งผู้ป่วยมีสภาพคงที่ ดูแลให้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำ Omeprazole 40 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง, Vitamin K 10 มิลลิกรัม วันละครั้ง 3 วัน, Transamin 250 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง และ Ceftriaxone 2 กรัม วันละครั้ง on NG tube ต่อลง Bag มี Content เป็นเลือดสด 50 มิลลิลิตร ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสจำนวน 1,000 มิลลิลิตร ยังมีถ่ายดำ 5 ครั้ง, Record Intake / Output 1000/600 มิลลิลิตร ในวันที่สองดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NaCl 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ติดตามผล hematocrit ทุก 6 เวลา 06.00 น.=30% เวลา 12.00 น.=24% ดูแลให้ Pack red cells 1Unit iv drip in 4 ชั่วโมง เวลา 16.30 น. Set OR for EGD ในวันที่ 9 มี.ค.66 เตรียมผู้ป่วยก่อนส่งไปห้องผ่าตัด ประเมินอาการผู้ป่วยหลังให้เลือด พบว่าผู้ป่วยมีอาการคันตามฝ่ามือฝ่าเท้า รายงานแพทย์ดูแลให้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำ CPM 1 amp ทันที หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่มีอาการคันฝ่ามือฝ่าเท้า ติดตามผล hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง เวลา 18.00 น.=30 % และ เวลา 24.00 น.=29 % ผลระดับน้ำตาลในเลือดทางปลายนิ้ว ทุก 6 ชั่วโมง เวลา 12.00 น.=288 mg/dl ดูแลฉีด RI 4 unit subcutaneous เวลา 18.00 น.=228 mg/dl ดูแลฉีด RI 4 unit subcutaneous และ เวลา 24.00 น.=206 mg/dl ดูแลฉีด RI 4 unit subcutaneous ดูแลให้ยาทางหลอดเลือดดำ Omeprazole 40 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง, Ceftriaxone 2 กรัม วันละครั้ง, Vitamin K 10 มิลลิกรัม วันละครั้ง 3 วัน, และ Transamin 250 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ผล EGD: gastric ulcer ในวันที่สามของการรักษาผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีเหนื่อยหอบ ดูสดชื่นขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 99% รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีปวดท้อง ไม่มีท้องอืด ไม่มีถ่ายดำ ดูแล off IV และถอดสายสวนปัสสาวะ หลังถอดสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้รับยากลับไปรับประทานที่บ้านดังนี้ Amoxicillin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Clarithromycin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Simethicone 80 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า-กลางวัน-เย็น ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ จากการให้ประวัติจะพบว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากผู้ป่วยซื้อยาแก้ปวดคลายเส้นมารับประทานเองทุกวัน เป็นเวลานานประมาณ 3 ปี จึงแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ ควรมาพบแพทย์และถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น มีถ่ายดำ มีอาเจียนเป็นเลือดสด ควรมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที และได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในโปรแกรม Thai COC รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด 5 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับโรคต่อมลูกหมากโต

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับโรคต่อมลูกหมากโต จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 6 มีนาคม 2566 เวลา 12.21 น. ถึงวันที่ 10 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 54 ปี อาชีพรับจ้าง ให้ประวัติเคยประสบอุบัติเหตุ ผู้ป่วยช้อยาแก้ปวดคลายเส้นมารับประทานเองเวลา 3 ปี ส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ ต้องมีการประเมินและให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวกลับไปดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ทั้งในขณะที่ยังรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านให้มีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. ควรมีการวางแผน ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว

10. การเผยแพร่ผลงาน

- ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวพัชรี ฉายชูวงษ์ ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... พัชรี ฉายชูวงษ์
(นางสาวพัชรี ฉายชูวงษ์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) 23 / ก.ย. / 256
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวพัชรี ฉายชูวงษ์	<u>พัชรี ฉายชูวงษ์</u>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*gfm*.....

(นางอุไรรัตน์ เหง้าแก้ว)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

(วันที่)...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....*ก.ก.*.....

(นางสมพร ปิ่นทอง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) *25* / *ก.ย.* / *2566*

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....*ดร.*.....

(นายราเชษฎ์ เชียงพนม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

(วันที่) *11* / *ต.ค.* / *2566*

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

น.น. ก. ก.จ .

(ลงชื่อ).....*ก.*.....

(นายธรรมาภรณ์ กิ่งโก)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) *17* / *ต.ค.* / *2566*

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง “ถุงมหัศจรรย์ Magic Bag”

2. หลักการและเหตุผล

การคาสายสวนปัสสาวะเป็นการรักษาที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดตันของทางเดินปัสสาวะหรือขับถ่ายปัสสาวะไม่ออก ผู้ป่วยที่ต้องประเินสภาวะการไหลเวียนของเลือดอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดบางประเภทและมีปัญหาการควบคุมปัสสาวะและอาจเป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือแผลผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักแบบไม่มั่นคง รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายบางราย ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลมีจำนวนถึงร้อยละ 12-16 ที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะจะมีการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในปัสสาวะร้อยละ 3-10 ต่อวัน ทั้งนี้แบคทีเรียในกระเพาะปัสสาวะจะกระตุ้นปฏิกิริยาการอักเสบ ทำให้เป็นสาเหตุของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะตามมา การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (catheter-associated urinary tract infection : CAUTI) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญและพบได้บ่อย ผลกระทบของการติดเชื้อ CAUTI นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อีกมากมาย เช่น การติดเชื้อระบบต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่าย และอัตราการตายสูงขึ้น ทั้งนี้ได้มีการคาดการณ์ว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยกว่า 13,000 รายที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ CAUTI (อ้างอิงใน ภาญญา ชวนไชยสิทธิ์และคณะ, 2561) ซึ่งการคาสายสวนปัสสาวะสิ่งที่ตามมาคือผู้ป่วยต้องมีถุงปัสสาวะติดตัวและต้องถือ หรือห้อยถุงปัสสาวะให้ต่ำกว่าสายสวนปัสสาวะอยู่ตลอดเวลา เพราะการยกถุงสูง จะส่งผลทำให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับทำให้เกิดการติดเชื้อตามมาได้ นอกจากนั้นยังดูไม่สวยงามเนื่องจากสามารถมองเห็นปัสสาวะในถุงเก็บปัสสาวะ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนติดเตียง ซึ่งยังต้องดำเนินชีวิตปกติ ทำให้ไม่สะดวกในการทำกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังบั่นทอนจิตใจจากการที่ภาพลักษณ์ของตนเปลี่ยนแปลงไป ไม่มั่นใจเมื่อต้องพบปะกับบุคคลภายนอก

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนนวัตกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาใช้ในการจัดทำนวัตกรรมถุงเก็บสายสวนปัสสาวะ เพื่อต้องการสร้างความสุขให้แก่ผู้ป่วยอย่างองค์รวม ลดการติดเชื้อจากปัสสาวะไหลย้อน และยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

จากข้อมูลสถิติที่แผนกผู้ป่วยในสามัญศัลยกรรม โรงพยาบาลรัฐประเทศ ในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยต้องคาสายสวนปัสสาวะทั้งหมด 120 ราย, 135 ราย, และ 150 ราย มีจำนวนผู้ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 6 ราย 11 ราย และ 16 ราย ตามลำดับ ซึ่งการคาสายสวนปัสสาวะ (Indwelling catheterization) นั้นมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ลดการสูญเสียภาพลักษณ์และสร้างความมั่นใจต่อผู้ป่วย เมื่อต้องอยู่ในสังคมส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เกิดความสะดวกในการเคลื่อนไหวร่างกาย และเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย จึงมีแนวคิดจัดทำนวัตกรรม “ถุงมหัศจรรย์ Magic Bag”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหวให้แก่ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
2. เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการดูแลรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะ ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม โรงพยาบาลรัฐประเทศ
ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. เตรียมอุปกรณ์ ประกอบด้วย
 - 3.1 ผ้าปูเตียงที่ชำรุด
 - 3.2 เข็ม ด้ายเย็บผ้า และ กระจดุม 1 เม็ด

วิธีประดิษฐ์

1. นำผ้าปูเตียงที่ชำรุด มาตัดเป็นรูป สี่เหลี่ยมคางหมู 2 ผืน ผืนใหญ่ ขนาดกว้าง 30 เซนติเมตร ยาว 30 เซนติเมตร ผืนเล็ก ขนาดกว้าง 23 เซนติเมตร และยาว 23 เซนติเมตร
2. นำผ้าผืนเล็กวางบนผ้าผืนใหญ่แล้วเย็บมุมด้านล่างและด้านข้างทั้งสองข้าง เว้นด้านบนไว้ เพื่อทำเป็นกระเป๋าคาดสายขาดเอว โดยตัดผ้าเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดกว้าง เซนติเมตร ยาว 1 เมตร
3. เย็บกระจดุมไว้ตรงกลางเหนือบริเวณกระเป๋าด้านบนแต่อยู่ใต้สายคาดเอว ประมาณ 2 เซนติเมตร

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการได้รับการเอื้ออำนวยความสะดวกจากการการใช้ “ ถุงมหัศจรรย์ : Magic Bag ” ในการเคลื่อนไหวร่างกาย และรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ลดลง
2. ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีนวัตกรรม “ถุงมหัศจรรย์ Magic Bag” ใช้ในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม
2. อัตราผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะได้รับการใช้ “ถุงมหัศจรรย์ Magic Bag” ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกายร้อยละ 80
3. อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม เท่ากับ 0
4. อัตราความพึงพอใจต่อการได้รับการรักษาภาพลักษณ์หลังใช้ ร้อยละ 80

ลงชื่อ (.....*หิรัญญา ช่างช่าง*.....)

(นางสาวพัชรี ฉายชูวงษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *23* / *ก.ย.* / *2566*

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2566 รวมระยะเวลาในการดูแล 6 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (Cellulitis)

ความหมายของโรค

โรคเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (cellulitis) เป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนังเฉพาะที่ที่เกิดอย่างเฉียบพลันที่ชั้นผิวหนังแท้ (dermis) และชั้นที่อยู่ลึกลงมาเป็นชั้นใต้ผิวหนังซึ่งเป็นชั้นไขมัน (subcutaneous tissue) บางครั้งอาจลุกลามไปถึงชั้นของพังผืด (fascia) ด้านบนด้วย มักเกิดตามหลังจากผิวหนังชั้นหนังกำพร้า (epidermis) ที่มีการฉีกขาดหรือถูกทำลายทำให้เกิดแผลที่ผิวหนัง ภาวะติดเชื้อบริเวณผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ส่งผลให้มีอาการบวมแดง ปวด หรือร้อนบริเวณที่มีการติดเชื้อ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2565)

พยาธิสภาพ

การอักเสบ (inflammation) เป็นกระบวนการที่ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งที่ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ เช่น เชื้อโรค การตายของเซลล์จากการขาดเลือดหรือขาดออกซิเจน โดยการตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด การขยายขนาดของหลอดเลือดเล็ก พร้อมกับ การคั่งของเม็ดเลือดแดง เกิดการบวมทั่วไปของเนื้อเยื่อบริเวณอักเสบ เซลล์ที่มีบทบาทมากที่สุดในการอักเสบคือ macrophages ซึ่งเป็นเซลล์ที่อยู่ใน mono-nuclear phagocyte system สามารถพบเซลล์เหล่านี้ได้ทั้งในกระแสเลือด (blood monocytes) และในเนื้อเยื่อ ของอวัยวะต่างๆ เซลล์เหล่านี้จะพัฒนามาจากเซลล์ต้นกำเนิดในไขกระดูก จากนั้นจะเข้าสู่กระแสเลือด และเนื้อเยื่อต่างๆต่อไป การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะถูกควบคุมด้วยสารเคมีจำนวนมาก รวมทั้งเซลล์อักเสบชนิดอื่นๆด้วย กระบวนการดังกล่าวจะอาศัยการกระตุ้นจากเซลล์และสารชนิดต่างๆ คล้ายกับที่พบในเซลล์ neutrophils หลังจากได้รับการกระตุ้นเซลล์ macrophages จะเกิดการเปลี่ยนแปลง คือ มีการเพิ่มขนาดเซลล์เพิ่ม ปริมาณของ lysosomal enzyme เพิ่มความสามารถในการเก็บกินสิ่งแปลกปลอม เพิ่มการสร้างสารเคมีหลายๆ ชนิด ภายในเซลล์เมื่อมีการหลั่งสารเหล่านี้ออกมาจำนวนมากโดยไม่มีกลไกการควบคุม จึงทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อเกิดเป็นพยาธิสภาพตามมาได้ (วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2564)

สาเหตุ

Cellulitis เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ชนิดที่พบได้บ่อย คือ สเตรปโทคอกคัส (Streptococcus) และสเตรปโทคอกคัส (Staphylococcus) ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เชื้อที่เป็นสาเหตุอาจเกิดจาก streptococcal epidermidis ในบางโอกาสการอักเสบอาจเกิดจากเชื้อแกรมลบได้แก่ E.coli, Proteus spp. และ Klebsiella spp. รวมถึงเชื้อ anaerobe เช่น Bepstrestreptococceus เชื้อเหล่านี้สามารถเข้าสู่ร่างกายผ่านทางผิวหนังที่เกิดรอยแยกหรือรอยแตก เช่น ผิวหนังแห้งแตกจากสภาพอากาศหรือมีผิวบอบบาง มีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในแผล มีรอยแผลจากการผ่าตัด ถูกแมลงหรือสัตว์กัด เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2565)

อาการ

อาการของ Cellulitis คือ บริเวณที่ติดเชื้อจะมีอาการบวม แดง และมีแนวโน้มขยายเป็นบริเวณกว้าง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

รวมทั้งอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น มีไข้ มีอาการปวดภายใน 1-2 วันแรกที่เริ่มเกิดอาการ และเจ็บเมื่อถูกกดหรือสัมผัสโดนบริเวณนั้น รู้สึกอุ่นหรือร้อนบริเวณที่เกิดการติดเชื้อเกิดแผล หรือมีผื่นขึ้นบริเวณที่เกิดอาการ และอาจขยายตัวลุกลามไปอย่างรวดเร็ว (สุรเกียรติ อชานานุภาพ,2565)

การวินิจฉัย

โดยทั่วไป แพทย์วินิจฉัยเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบโดย

1. วินิจฉัยจากอาการผู้ป่วย ร่วมกับ
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น
 - ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
 - ส่งเพาะเชื้อจากหนอง หรือ จากสารคัดหลั่งบริเวณบาดแผล (Swab culture)
 - ในรายที่อาการรุนแรง อาจส่งตรวจเลือดเพื่อเพาะเชื้อ(Blood culture)เพื่อดูการติดเชื้อในกระแสเลือด(ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ/ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด)
3. อาจมีการส่งตรวจภาพรอยโรคทางรังสีวิทยา เช่น
 - อาจส่งตรวจเอกซเรย์เมื่อสงสัยมีวัตถุแปลกปลอมในเนื้อเยื่อที่อักเสบ
 - หรือ อาจส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(ซีทีสแกน) เมื่อสงสัยภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดโพรงหนองในเนื้อเยื่อผิวหนังและ/หรือในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง หรือ สงสัยมีการติดเชื้อที่กระดูก(กระดูกอักเสบ) (สุรเกียรติ อชานานุภาพ,2565)

การรักษา

การรักษา Cellulitis ในเบื้องต้น แพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานตามความรุนแรงของอาการแรกเริ่มอาจให้รับประทานยาประมาณ 7-14 วัน แต่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจต้องรับประทานยานานกว่านั้น แต่หากอาการไม่ดีขึ้น มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ หรือมีไข้สูงร่วมด้วย ผู้ป่วยอาจต้องรับยาปฏิชีวนะชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดโดยตรงพร้อมทั้งเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ดูแลอาการอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจบรรเทาอาการด้วยตนเองที่บ้านควบคู่ไปกับการรักษาจากแพทย์ เพื่อช่วยให้อาการหายเร็วขึ้น ควรดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันอาการขาดน้ำ หยุดใช้งานอวัยวะหรือบริเวณที่มีการติดเชื้อ ควรยกบริเวณที่มีอาการให้อยู่สูงกว่าระดับหัวใจขณะนอนหรือนั่ง เพื่อลดอาการบวม รับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการปวด หมั่นขยับข้อต่อที่อยู่ใกล้กับบริเวณที่เกิดอาการ เพื่อป้องกันอาการข้อฝืด (สุรเกียรติ อชานานุภาพ,2565)

การป้องกัน Cellulitis

โดยทั่วไปอาจลดความเสี่ยงของภาวะ Cellulitis ได้โดยการดูแลสุขอนามัยของร่างกายและผิวหนัง เช่น ไม่แกะหรือเกาผิวหนัง โรคผิวหนังมักจะมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อมากขึ้น หากมีผิวแห้งควรใช้ครีมทาบำรุงผิว เพื่อให้ผิวมีความชุ่มชื้นและไม่เสี่ยงต่อการแห้งแตก สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บและการเกิดแผลทุกครั้งที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำงานที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์แหลมคม เล่นกีฬาที่มีการปะทะ เป็นต้น ผู้ที่มีบาดแผลควรทำความสะอาดแผลด้วยสบู่และน้ำสะอาดทุกวัน เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย ควรระมัดระวังไม่ให้เกิดบาดแผลตามผิวหนัง (สุรเกียรติ อชานานุภาพ,2565)

การพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลและการอักเสบ เพื่อส่งเสริมให้แผลหายเร็ว ได้แก่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

1. การพักผ่อนร่างกายและอวัยวะที่มีบาดแผลให้มากที่สุด เพราะการพักผ่อนจะลดกระบวนการเผาผลาญภายในเซลล์ที่ไม่จำเป็น เนื้อเยื่อสามารถนำออกซิเจนและสารอาหารไปใช้ได้เพียงพอ
2. การทำความสะอาดบาดแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผล
3. การส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตตามยังบาดแผลโดย
 - 3.1 ดูแลไม่ให้ผ้าพันแผลรัดแน่นเกินไป เพราะจะไปขัดขวางการไหลเวียนเลือดแดงมายังบาดแผล และทำให้เลือดดำไหลเวียนกลับไม่ดี
 - 3.2 ประคบด้วยความร้อนหรือความเย็นแล้วแต่ลักษณะ และระยะเวลาของการเกิดบาดแผล โดยการประคบด้วยความเย็นมักใช้ในระยะแรกของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการถูกกระแทกความเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัว ปริมาณเลือดที่ไหลมาสู่บริเวณแผลลดลง จึงช่วยลดอาการบวมได้นอกจากนี้ความเย็นยังช่วยลดความไวต่อความเจ็บปวดของปลายประสาท ส่วนการประคบด้วยความร้อนมักใช้ภายหลังจากเกิดบาดแผลไปแล้ว 24-48 ชั่วโมง ความร้อนช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณบาดแผลมากขึ้น ความร้อนยังช่วยทำให้หลอดเลือดน้ำเหลืองขยายตัวช่วยให้มีการระบายของเสียได้ดียิ่งขึ้นจึงทำให้แผลหายเร็ว
4. การยกบริเวณที่มีบาดแผลไว้สูง เพื่อให้เลือดดำและน้ำเหลืองไหลกลับสะดวก ลดอาการบวม
5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ และมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล เช่น วิตามินเอ วิตามินบี วิตามินซี และโปรตีน เพราะสารอาหารมีความจำเป็นในการสร้างเม็ดเลือด และสร้างเส้นใยคอลลาเจน (collagen fiber)
6. การลดความเจ็บปวดจากแผล โดยการให้ยาบรรเทาปวด การประคบด้วยความร้อนหรือความเย็น การจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในท่าที่รู้สึกสุขสบาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น
7. การส่งเสริมสุขวิทยาส่วนบุคคลและดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย เช่น การบ้วนปาก การดูแลความสะอาดของร่างกาย การนวดหลัง การดูแลเตียงให้เรียบตึง เป็นต้น (สุปานี เสนาติสัยและวรรณภา ประไพพานิช,2562)

โรคเบาหวาน (Diabetes)

ความหมายของโรค

โรคเบาหวาน (Diabetes) คือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของฮอร์โมนที่ชื่อว่า อินซูลิน (Insulin) ซึ่งโดยปกติแล้วร่างกายของคนเราจำเป็นต้องมีอินซูลิน เพื่อนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและกล้ามเนื้อ ในขณะที่อินซูลินมีความผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของปริมาณอินซูลินในร่างกาย หรือการที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง (หรือที่เรียกว่า ภาวะดื้ออินซูลิน) จะทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลที่อยู่ในกระแสเลือดไปใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทำให้มีปริมาณน้ำตาลคงเหลือในกระแสเลือดมากกว่าปกติ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,2562)

พยาธิสรีรวิทยา

ร่างกายได้รับน้ำตาลกลูโคสจากแหล่งหลัก ได้แก่ การดูดซึมอาหารของลำไส้ การแตกตัวของไกลโคเจน (คาร์โบไฮเดรตที่เกิดจากการรวมตัวของน้ำตาลกลูโคสหลายโมเลกุลที่ร่างกายของสัตว์สะสมไว้ที่ตับและกล้ามเนื้อจะถูกนำออกมาใช้เมื่อร่างกายต้องการ และ gluconeogenesis (การผลิตกลูโคสจากสารตั้งต้นที่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ไม่ใช่คาร์โบไฮเดรตในร่างกาย) อินซูลินมีบทบาทที่วิกฤตในการสมดุลระดับน้ำตาลในร่างกาย อินซูลินในเกาะเล็กเกาะน้อยของ Langerhans ในตับอ่อน ในการตอบสนองกับระดับที่เพิ่มขึ้นของน้ำตาลกลูโคสในเลือดปกติหลังจากการรับประทานอาหาร อินซูลินจะถูกใช้โดยเซลล์ของร่างกายประมาณสองในสามของเซลล์ทั้งหมดในการดูดซึมกลูโคสจากเลือดเพื่อใช้เป็นพลังงาน ใช้สำหรับการแปลงให้เป็นโมเลกุลที่จำเป็นอื่นๆ หรือเพื่อการสะสมระดับน้ำตาลที่ลดลงส่งผลในการปล่อยอินซูลินจากเบต้าเซลล์ลดลงและส่งผลในการแตกตัวไกลโคเจนให้เป็นน้ำตาลกลูโคส กระบวนการนี้จะถูกควบคุมส่วนใหญ่โดยฮอร์โมน glucagon ซึ่งทำหน้าที่ในลักษณะที่ตรงข้ามกับอินซูลิน ถ้าปริมาณของอินซูลินที่มีอยู่ไม่เพียงพอ ถ้าเซลล์ตอบสนองกับผลกระทบของอินซูลินได้ไม่ดีหรือถ้าตัวอินซูลินเองมีข้อบกพร่อง น้ำตาลจะไม่ถูกดูดซึมได้อย่างเหมาะสม และจะไม่ถูกเก็บสะสมไว้อย่างเหมาะสมในตับและกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,2562)

สาเหตุ

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 4 ประเภทกว้าง ๆ ได้แก่

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 อาจเกิดจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม คาดว่าอาจเกิดจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันที่ทำลายเซลล์ในตับอ่อน เนื่องจากตับอ่อนมีบทบาทสำคัญที่คอยผลิตอินซูลินช่วยในการเผาผลาญน้ำตาลให้เปลี่ยนเป็นพลังงาน ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนนำไปสู่โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาจเกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ หรือร่างกายมีอินซูลินแต่ไม่สามารถนำไปใช้ได้ หรือที่เรียกอีกอย่างว่า ภาวะดื้ออินซูลิน ซึ่งนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เต็มที่ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนี้ พฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย โรคอ้วน ก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะก่อนเบาหวานหรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เช่นกัน

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นเมื่อตั้งครรภ์ เนื่องจากเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงตั้งครรภ์ที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ คลอดบุตรยาก หรือทารกคลอดก่อนกำหนด

โรคเบาหวานรูปแบบอื่น ๆ รวมถึงโรคเบาหวานแต่กำเนิด ซึ่งเกิดจากการบกพร่องทางพันธุกรรมของการหลั่งอินซูลิน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตสูง การรับประทานยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ ขาดการออกกำลังกายในการกระตุ้นการผลิตอินซูลิน การลิ้มรับประทานยาหรือการใช้อินซูลินบรรเทาอาการ มีภาวะติดเชื้อ และอาการเจ็บป่วย มีความเครียดทางอารมณ์ และขาดการพักผ่อนที่เหมาะสม เป็นต้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,2562)

อาการ

1. ปัสสาวะบ่อย (Polyuria) เนื่องจากไตมีความสามารถดูดกลับน้ำตาลไว้ได้ในระดับหนึ่งแต่ในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าไตไม่สามารถดูดน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ ดังนั้นจึงมีน้ำตาลส่วนหนึ่งออกมาในปัสสาวะ ซึ่งเมื่อมีความเข้มข้นของปัสสาวะสูงจึงมีการดึงน้ำตามมามากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยมากขึ้น

2. กระหายน้ำมาก (Polydipsia) พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมาก คอแห้ง เป็นผลมาจากการสูญเสียน้ำออกมาทางปัสสาวะ ร่างกายจึงอยู่ในภาวะขาดน้ำ มีการกระตุ้นศูนย์การควบคุมน้ำของร่างกายเกิดการกระหายน้ำได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ทิวบ้อย และรับประทานจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้ร่างกายขาดพลังงาน จึงมีการทิวบ้อยและรับประทานจุตามมา (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,2562)

การรักษา

1. การควบคุมอาหาร สำคัญมากที่สุด เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญอาหารคาร์โบไฮเดรต ส่งผลให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผู้ป่วยต้องควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาหารที่ผู้ป่วยต้องได้รับคือ คาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-60 โปรตีนร้อยละ 20 และไขมันร้อยละ 30 จำกัดน้ำตาลหรืออาหารประเภท แป้ง ผลไม้หวาน หรือผลไม้แห้ง นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีเส้นใย ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด จำนวน 20-40 กรัม/วัน การควบคุมเบาหวานด้วยอาหารนั้นมักจะใช้เกณฑ์ของการควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงกว่า 140 mg/dl

2. การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ โดยสามารถทำให้ระดับน้ำตาลลดต่ำลงได้ หากออกกำลังกายเพียงพอร่างกายจะใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนไปเป็นพลังงานมากพอที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

3. การฉีดยา ซึ่งอาจให้เป็นยารับประทานหรือยาฉีด แล้วแต่อาการของผู้ป่วย โดยยารับประทาน จะออกฤทธิ์กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินมากขึ้น ทำให้มีการใช้กลูโคสมากขึ้นหรือมีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างน้ำตาลจากขบวนการ Gluconeogenesis ลดการดูดซึมของน้ำตาล ในขณะที่ยาฉีดเป็นการให้เพื่อทดแทนอินซูลินที่ขาดไป เนื่องจากตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่ได้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,2562)

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง Hyperglycemia ส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ควรให้การพยาบาลดังนี้

1. สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง หมดสติ

2. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หากพบอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที

3. เจาะเลือดปลายนิ้วตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด

4. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย

5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

6. ดูแลให้อินซูลินตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซาตามปลายมือปลายเท้า

7. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อชดเชยสารน้ำที่เสียไป

8. ติดตามและบันทึกการให้สารน้ำทางเส้นเลือดเพื่อประเมินสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง

9. ติดตามและบันทึกการให้อินซูลินทั้งทางเส้นเลือดและชั้นใต้ผิวหนัง และติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด

10. เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การรับประทานยาและการออกกำลังกายเพื่อไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลสูงซ้ำ

11. ประเมินการปฏิบัติตนและค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะ Hyperglycemia เพื่อนำไปวางแผนจำหน่าย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,2562)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 63 วัน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

สถานภาพในปกครอง หัวหน้าครอบครัว การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 27 กรกฎาคม 2566 เวลา 10.00

วันที่รับไว้ดูแล 27 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.00

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สิงหาคม 2566 เวลา 15.30

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 1 สิงหาคม 2566 เวลา 15.30

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 5 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 6 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล การสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและญาติ และเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐประเทศ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีไข้ ชาขาขวาม ขาดง 1 วัน

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 สัปดาห์ ชาขาขวาม ขาดง ไปรักษาที่คลินิก ได้ยามารับประทาน อาการไม่ทุเลา

3 วัน ชาขาปวด ขาดง ร้อน มีตุ่มน้ำ ใช้ไม้จิ้มฟันจิ้มตุ่มน้ำ แผลมีสารคัดหลั่งซึม ไปรักษาที่คลินิก ได้ยา Ceftriaxone 1 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง 3 วัน อาการไม่ทุเลา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเบาหวาน 9 ปี รักษาโรงพยาบาลรัฐประเทศ รักษาต่อเนื่อง รับประทานยาสมำเสมอ ได้รับยา Glipizide 5 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า 2 เม็ด เย็น 2 เม็ด, Pioglitazone 30 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า 1 ½ เม็ด เย็น 1 เม็ด, Metformin 500 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เช้า 2 เม็ด กลางวัน 1 เม็ด เย็น 2 เม็ด เป็นโรคความดันโลหิตสูง 9 ปี รักษาโรงพยาบาลรัฐประเทศ รักษาต่อเนื่อง รับประทานยาสมำเสมอ ได้รับยา Amlodipine 10 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า 1 เม็ด เย็น 2 เม็ด, Losartan 50 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า 1 เม็ด เย็น 2 เม็ด, Doxazosin 2 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน, Aspirin 81 mg รับประทานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร เช้า 1 เม็ด เป็นโรคไขมันในเลือดสูง 9 ปี ได้รับยา Simvastatin 20 mg รับประทานวันละ 1 ครั้ง 1 เม็ด ก่อนนอน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มารดาเป็นโรคเบาหวาน

ประวัติการแพ้อาหารสารเคมี/สิ่งเสพติด ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ประวัติการผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/

นาที ความดันโลหิต 137/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 98 %

ลักษณะทั่วไป : รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่หอบเหนื่อย รูปร่างท้วม เสื้อผ้าและการแต่งกายสะอาด

เหมาะสม น้ำหนัก 87 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร

ผิวหนังและเล็บ : ผิวหนังมีสีขาวยellow มีตุ่มน้ำพองและแผลมีสารคัดหลั่งบริเวณขาขวา ขาขวามีอาการบวม

แดงร้อน ไม่พบผื่น ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

ศีรษะ : รูปร่างปกติ กะโหลกศีรษะมีรูปร่างสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีแผล ไม่มีก้อน เส้นผมสีดำแซมขาว

ใบหน้า : มีรูปร่างเป็นรูปไข่ ใบหน้าและอวัยวะบนใบหน้าสมส่วนกันและเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง ผิวหนังเรียบ

ไม่บวม ไม่มีก้อน ไม่มีตุ่มหนอง

ตา : ม่านตากลมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เยื่อตาขาวไม่แดง เปลือกตาทั้ง 2 ข้างไม่ซีด

หู : ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีน้ำหนองไหล

จมูก : มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คัด ไม่เอียงผิดปกติ ขณะหายใจไม่มีปีกจมูกบาน

ปาก : ริมฝีปากแดง ไม่แห้ง ลักษณะขากรรไกรปกติ

คอ : ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง คอไม่แข็ง คลำไม่พบก้อน

ทรวงอกและปอด : รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ขยายได้ดี ไม่มีก้อน ปอดมีเสียงลมผ่านดังเท่ากันทั้ง 2

ข้าง หายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

หัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต : อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที เต้นแรงดี สม่าเสมอ ไม่ได้ยินเสียง

หัวใจผิดปกติ (murmur) ซึ่พจรที่แขนขวา คอ ขาหนีบ สม่าเสมอเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 137/67

มิลลิเมตรปรอท

ระบบเลือดต่อมน้ำเหลือง : ความเข้มข้นของเลือด 98% ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย บริเวณ

รักแร้และขาหนีบคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต

ระบบทางเดินอาหาร : ท้องไม่อืด คลำไม่พบตับและม้ามโต เสียงลำไส้ปกติ

ระบบกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อ : กระดูกสันหลังอยู่ในแนวกลางลำตัวได้สัดส่วน ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ

(Moter power) แขนขาทั้ง 2 ข้าง ระดับ 5

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถ้าม-ตอบรู้เรื่อง GCS E4V5M6 รูม่านตาขยาย 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2

ข้าง ทำทางการเคลื่อนไหวไม่มีแขนขาอ่อนแรง ประสาทรับความรู้สึกปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : ปัสสาวะออกปกติ ไม่มีปัสสาวะลำบาก/ปัสสาวะปนเลือด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)

วันที่	เวลา	ผลการตรวจ	การแปลผล	หมายเหตุ
27 กรกฎาคม 2566	16.20น.	399 mg/dl	สูงกว่าปกติ	RI 10 U sc
	20.00น.	198 mg/dl	สูงกว่าปกติ	NPH 10 U sc
28 กรกฎาคม 2566	07.00น.	126 mg/dl	ปกติ	
	11.00น.	226 mg/dl	สูงกว่าปกติ	RI 4 U sc
	15.00น.	360 mg/dl	สูงกว่าปกติ	RI 10 U sc
	20.00น.	138 mg/dl	ปกติ	
29 กรกฎาคม 2566	07.00น.	189 mg/dl	สูงกว่าปกติ	RI 4 U sc
	11.00น.	296 mg/dl	สูงกว่าปกติ	RI 6 U sc
	15.00น.	192 mg/dl	สูงกว่าปกติ	RI 4 U sc
	20.00น.	354 mg/dl	สูงกว่าปกติ	NPH 10 U sc
30 กรกฎาคม 2566	07.00น.	213 mg/dl	สูงกว่าปกติ	RI 4 U sc
	11.00น.	231 mg/dl	สูงกว่าปกติ	RI 4 U sc
	15.00น.	339 mg/dl	สูงกว่าปกติ	RI 8 U sc
	20.00น.	289 mg/dl	สูงกว่าปกติ	NPH 6 U sc
31 กรกฎาคม 2566	07.00น.	176 mg/dl	ปกติ	
	11.00น.	367 mg/dl	สูงกว่าปกติ	RI 10 U sc
	15.00น.	154 mg/dl	ปกติ	
	20.00น.	179 mg/dl	ปกติ	
1 สิงหาคม 2566	07.00น.	180 mg/dl	ปกติ	
	11.00น.	164 mg/dl	ปกติ	
	15.00น.	172 mg/dl	ปกติ	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC) วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.15น.

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
WBC	4,000 – 10,000 cell/mm ²	1,0410 cells/ul	สูงกว่าปกติ
RBC	4 – 6 cells/ul	3.46 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	12.0 – 18.0 g/dL	10.4 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	37 – 54 %	31 %	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	140,000 – 400,000 cells/ul	558,000 cells/ul	สูงกว่าปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ
Neutrophil	40 – 54 %	71 %	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	20 – 45%	15 %	ต่ำกว่าปกติ
Monocyte	2 – 10 %	4 %	ปกติ
Eosinophil	0 – 6 %	9 %	สูงกว่าปกติ
MCV	80 – 100 fl	89.6 fl	ปกติ
MCH	27 – 31 pg	30.0 pg	ปกติ
MCHC	32 – 35 g/dL	33.4 g/dL	ปกติ
RDW	11.5 – 14.5 %	13.7 %	ปกติ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจความสมดุลของเกลือแร่ในเลือด (Electrolytes) วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.15 น.

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
Na	136 – 145 mmol/L	141	ปกติ
K	3.4 – 4.5 mmol/L	4.2	ปกติ
Cl	98 – 107 mmol/L	104	ปกติ
CO ₂	22 – 29 mmol/L	20	ต่ำกว่าปกติ
Ion Gap	mmol/L	21	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 4 ผลการตรวจการทำงานของไต วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.15 น.

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
eGFR	≥ 90 มล./นาที/1.73 ตร.ม.	49.64	ไตทำงานได้น้อยลง ปานกลาง
Creatinine	M 0.97 – 1.17, F 0.51–1.1 mg/dl	1.48	สูงกว่าปกติ
BUN	6 – 20 mg/dl	18.5	ปกติ

การวินิจฉัยของแพทย์

โรคเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบขาขวาร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Cellulitis right leg with Hyperglycemia)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.00 น.

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย อ่อนเพลีย หายใจไม่หอบเหนื่อย อาการสำคัญ มีไข้ ขาขาบวมแดง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78-88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/67-155/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (SpO₂) 97-98% ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ พบขาด้านขวา ปวด บวม แดง ร้อน มีตุ่มน้ำพอง แผล discharge ดูแลทำแผลตามคำสั่งแพทย์ และส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย WBC 1,0410 cell/ul ดูแลให้ปฏิชีวนะ Fortum 2 gm IV drip q 8 hr. , Clindamycin 600 mg IV drip q 8 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังตำแหน่งที่ให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการรั่วออกนอกหลอดเลือด ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) แรกรับ 399 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ บันทึกสัญญาณชีพและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ชีมี หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ชัก หมดสติ ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดสูง แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารนอกโรงพยาบาล ฉีด Humulin R 10 unit sc และเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังฉีดยาลดน้ำตาลในเลือด เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีมี เรียกไม่รู้สีกตัว หลังจากนั้นติดตาม DTX Premeal, hs. Keep DTX 80 -180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ดูแลให้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ แนะนำให้งดยาเบาหวานและยาลดความดันทั้งหมด เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำและน้ำตาลในเลือดต่ำจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และแนะนำอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลทันที ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติ แจ้งเวลาในการเข้าเยี่ยม เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูล

วันที่ 28 กรกฎาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น หายใจไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/68-148/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (SpO₂) 97-99% ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm IV drip q 8 hr , Clindamycin 600 mg IV drip q 8hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลทำแผลตามคำสั่งแพทย์ แผลมี discharge ชีมี ผู้ป่วยปวดแผล Pain score = 5 คะแนน ขาขาบวมแดง ร้อน ดูแลให้ยา Paracetamol 500 mg 1 tab ตามแผนการรักษา แนะนำให้นอนยกขา ขวาลูก ประคบขาด้วยเจลเย็น ประเมินอาการปวดซ้ำ ผู้ป่วยปวดลดลง Pain score = 2 คะแนน ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 226 mg/dl ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ฉีด Humulin R 4 unit sc หลังฉีดยาลดน้ำตาลในเลือดไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดูแลให้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ 15.00 น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 360 mg/dl sc ประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ฉีด Humulin R 4 unit หลังฉีดยาลดน้ำตาลในเลือด ประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยอ่อนเพลียเล็กน้อย แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังพลัดตกหกล้ม ยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 29 กรกฎาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ หายใจไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/68-156/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (SpO2) 97-99 % ดูแลให้ยาปฏิชีวนะFortum 2 gm IV drip q 8 hr, Clindamycin 600 mg IV drip q 8 hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลทำผลตามคำสั่งแพทย์ ผลเริ่มแห้งไม่มี discharge ซึม แนะนำให้อนยกรักษาทางสูง การดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ งดแกะเกาบริเวณแผล ดูแลให้รับประทานยาโรคประจำตัวเดิมตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 11.00 น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 296 mg/dl ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ฉีด Humulin R 6 unit sc หลังฉีดยาลดน้ำตาลในเลือดไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดูแลให้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ 20.00 น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 354 mg/dl ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ฉีด Humulin N 10 unit sc หลังฉีดยาลดน้ำตาลในเลือด ประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ชักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ญาตินำเข้ามาในโรงพยาบาล แนะนำการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและงดรับประทานอาหารนอกโรงพยาบาลซ้ำ

วันที่ 30 กรกฎาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ หายใจไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64-76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/58-146/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (SpO2) 98-100% ดูแลให้ยาปฏิชีวนะFortum 2 gm IV drip q 8 hr, Clindamycin 600 mg IV drip q 8 hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลทำผลตามคำสั่งแพทย์ แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม 07.00 น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 213 mg/dl ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ฉีด Humulin R 4 unit sc. หลังฉีดยาลดน้ำตาลในเลือดไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดูแลให้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ 11.00 น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 231 mg/dl ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ฉีด Humulin R 4 unit sc 15.00 น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 339 mg/dl ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ฉีด Humulin R 8 unit sc 20.00 น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 298 mg/dl ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ฉีด Humulin N 6 unit sc หลังฉีดยาลดน้ำตาลในเลือด ประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ

วันที่ 31 กรกฎาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ หายใจไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6-37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70-76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/71-146/68 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (SpO2) 97-100% ดูแลให้ยาปฏิชีวนะFortum 2 gm IV drip q 8 hr, Clindamycin 600 mg IV drip q 8 hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลทำผลตามคำสั่งแพทย์ แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม แนะนำงดแกะเกาบริเวณแผล 11.00 น.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 367 mg/dl ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ฉีด Humulin R 8 unit sc หลังฉีดยาลดน้ำตาลในเลือดไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดูแลให้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินความพร้อมของญาติในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน พบปัญหาผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน จากการซักประวัติญาติพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากคิดว่าตัวเองไม่มีอาการผิดปกติ หรือบางครั้งทำงานอย่างอื่นจนลืมกินยา แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ห้ามปรับหรือลดยาเอง อธิบายผลข้างเคียงของการรับประทานยาสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้มีอาการรุนแรงได้ แนะนำผู้ป่วยป้องกันการลืมรับประทานยา โดยพยายามรับประทานยาเวลาเดิม เพื่อฝึกเป็นกิจวัตรให้ร่างกายจดจำพฤติกรรมรับประทานยา จัดยาใส่กล่องเป็นมือในแต่ละวัน เพื่อให้ง่ายต่อการรับประทานและพกพาไปนอกบ้านได้

วันที่ 1 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ หายใจไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6-37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68-74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 146/68-150/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (SpO2) 98-100% ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm IV drip q 8 hr, Clindamycin 600 mg IV drip q 8 hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลทำแผลตามคำสั่งแพทย์ แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซีม 07.00 น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 180 mg/dl 11.00 น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 164 mg/dl 15.00 น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 172 mg/dl แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยยังวิตกกังวลและขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง ทบทวนและแนะนำการปฏิบัติตัวขณะใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน การดูแลผิวหนังและร่างกาย ไม่ให้เกิดการอักเสบ บวม แดง มีแผลซ้ำ อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น เรียกไม่รู้สึกตัว ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการซึม หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ชัก หมดสติ แนะนำรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ต่อเนื่อง ออกกำลังกายและรับประทานอาหารเฉพาะโรคคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลารับไว้ในความดูแล 6 วัน นัดตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ที่คลินิกศัลยกรรม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบติดเชื้อเนื่องจากการบกพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง
2. ไม่สุขสบายเนื่องปวดบวมแดงที่ขาขวา
3. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว
4. มีโอกาสเกิดการหายใจของแผลเนื่องจากควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี
5. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องขาขวาท้องอักเสบบวมแดง
6. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

สรุปกรณีศึกษา

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย อ่อนเพลีย หายใจไม่หอบเหนื่อย อาการสำคัญ มีไข้ ขาขวาบวม แดง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (SpO₂) 98% ประเมินอาการและการแสดงของภาวะเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ พบขาด้านขวา ปวด บวม แดง ร้อน มีตุ่มน้ำพอง แผล discharge ดูแลทำแผลตามคำสั่งแพทย์ และส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย WBC 1,0410 cel/ul แพทย์พิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อ Fortum 2 gm IV drip q 8 hr. ,Clindamycin 600 mg IV drip q 8 hr. เฝ้ารอวังตำแหน่งที่ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการรั่วออกนอกหลอดเลือด ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) แรกรับ 399 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ บันทึกสัญญาณชีพและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ซึม หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ชัก หมดสติ ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดสูง แนะนำให้ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารนอกโรงพยาบาล ฉีด Humulin R 10 unit sc และเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังฉีดยาลดน้ำตาลในเลือด เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซึม เรียกไม่รู้สีกตัว หลังจากนั้นติดตาม DTX Premeal, hs. Keep DTX 80-180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ วันที่ 1 แผลมี discharge ซึม ผู้ป่วยปวดแผล Pain score = 5 คะแนน ขาขวาบวม แดง ร้อน ดูแลให้ยา Paracetamol 500 mg 1 tab แนะนำให้นอนยกขาขวาสูง ประคบขาด้วยเจลเย็น ประเมินอาการปวดซ้ำ ผู้ป่วยปวดลดลง Pain score = 2 คะแนน วันที่ 2 ขาขวาบวม แดง ร้อนพอๆ เดิม แผลเริ่มแห้งไม่มี discharge ซึม แนะนำให้นอนยกขาขวาสูง การดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ งดแกะเกาบริเวณแผล ดูแลให้รับประทานยาโรคประจำตัวเดิมตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากผู้ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด วันที่ 3 ขาขวาบวม แดง ร้อนลดลง แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม วันที่ 4 ขาขวาบวม แดงลดลง คล้ำอุ่นเล็กน้อย แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินความพร้อมของญาติในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน พบปัญหาผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน จากการซักประวัติญาติพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากคิดว่าตัวเองไม่มีอาการผิดปกติ หรือบางครั้งทำงานอย่างอื่นจนลืมกินยา แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ห้ามปรับหรือลดยาเอง อธิบายผลข้างเคียงของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ที่มิโรคประจำตัว แนะนำผู้ป่วยป้องกันการลืมรับประทานยา โดย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

พยายามรับประทานยาเวลาเดิม เพื่อฝึกเป็นกิจวัตรให้ร่างกายจดจำพฤติกรรมรับประทานยา จัดยาใส่กล่องเป็นมือในแต่ละวัน เพื่อให้ง่ายต่อการรับประทานและพกพาไปนอกบ้านได้ วันที่ 5 ชาขาวบวมลดลง ไม่แดง ไม่ร้อน แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม 15.00น. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 172 mg/dl หลังได้ยาปฏิชีวนะครบ 5 วัน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ สัญญาณชีพก่อนจำหน่าย อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (SpO2) 98% ผู้ป่วยยังวิตกกังวลและขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง ทบทวนและแนะนำการปฏิบัติตัวขณะใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน การดูแลผิวหนังและร่างกาย ไม่ให้เกิดการอักเสบ บวม แดง มีแผลซ้ำ อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น เรียกไม่รู้สีกตัว ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการซึม หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ชัก หมดสติ แนะนำรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ต่อเนื่อง ออกกำลังกายและรับประทานอาหารเฉพาะโรคคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ติดตามการมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการและประเมินการหายของแผลที่ขาขวา รวมระยะเวลารับไว้ในความดูแล 6 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคที่พบได้บ่อย และมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา รวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการ
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ตั้งแต่วันที่รับไว้ในความดูแลจนถึงวันจำหน่ายออกจากกการดูแล
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
8. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน
9. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ ตรวจสอบความถูกต้อง และเผยแพร่ผลงานโดยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการ ประจำเดือนในหน่วยงาน

4.3. เป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาโรคเนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 1 ราย รับไว้ในกการดูแล ตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.00 น. ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2566 เวลา 15.30 น.รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 6 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ผู้ป่วยเนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่เกิดความพิการ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ใช้ในการพัฒนาตนเอง เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดความพิการ
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากกรณีศึกษารายนี้มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน ซึ่งควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี ประวัติรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตัวเอง มีความเชื่อวิธีการรักษาแบบแผนโบราณเมื่อเกิดแผล หากพยาบาลไม่มีความรู้ ทักษะในการประเมินการติดเชื้อ และทักษะการสอนให้ความรู้การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับการรักษาด้วยโรค หรือภาวะแทรกซ้อนเดิม อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการบวมแดง และเมื่อเกิดแผลที่ขา โดยมีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาตามแผนโบราณ เช่น การพ่นเป่ายา หรือการบีบนิ้ว
2. ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงข้อดีข้อเสียของการรับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์

9. ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกโรคเบาหวาน การตรวจเท้าและการดูแลแผล เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อ และเป็นแผลเรื้อรัง
2. พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ตระหนักเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในการประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวนวลปรางค์ ดีสมตุ ผู้เสนอมีส่วนส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *นวลปรางค์*

(นางสาวนวลปรางค์ ดีสมตุ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 29 / 11 / 2566


ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวนวลปรางค์ ดิสมดู	นวลปรางค์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางอุไรรัตน์ เหง้าแก้ว)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

(วันที่) 29 / ก.ย. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสมพร ปิ่นกอง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 29 / ก.ย. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายแพทย์ราเชษฎ์ เจริญพนม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรุณประเทศ

(วันที่) 11 / ต.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

น.น. ก.ก.จ.

(ลงชื่อ) 

(.....(นายธรรพพงษ์ ภัททิโก).....)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 17 / ต.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลและให้ความรู้ในการดูแลแผลเบาหวาน
2. หลักการและเหตุผล

เบาหวาน (Diabetes) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non communicable diseases หรือ NCDs) ทั้งอุบัติการณ์ของโรคที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและจำนวนการเสียชีวิต ประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2040 ผู้ป่วยทั่วโลกที่เป็นเบาหวานจะมีจำนวนมากกว่า 640 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 ของประชากรโลกในกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งหมด เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 7 ในประชากรเพศชายและพบเป็นอันดับหนึ่งในประชากรเพศหญิงเมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดแผลเบาหวานที่เท้า (Diabetic Foot Ulcer : DFU) จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยทั่วไปแล้วหลังจากผู้ป่วยเกิดแผลเบาหวานแล้วมักตามมาด้วยการติดเชื้อที่บริเวณแผล (diabetic foot infection) หากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้การติดเชื้อลุกลามไปสู่ชั้นต่างๆของร่างกายที่ลึกลงไปจนถึงชั้นกระดูก (osteomyelitis) และตามมาด้วยการตัดอวัยวะ (amputation) นอกจากผลกระทบดังกล่าวแล้ว หากแผลเกิดการติดเชื้อรุนแรงเข้าสู่กระแสเลือด (septicemia) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2562)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาล อรัญประเทศ พบผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวด้วยแผลเบาหวานในปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 36, 72 และ 112 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.9, 25.9 และ 40.3 ตามลำดับ จากสถิติพบอัตราการเกิดแผลเบาหวานติดเชื้อมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับต้นๆ และเป็นปัญหาที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั้งหมด 1,221 ราย ซึ่งผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยแผลเบาหวานติดเชื้อพบว่า การปฏิบัติในการดูแลแผล การเลือกเทคนิควิธีการทำแผลตลอดจนการให้คำแนะนำหรือการวางแผนจำหน่ายยังมีความหลากหลาย ทั้งหัวข้อ ขอบเขต และรายละเอียดเนื้อหาที่สอนหรือแม้แต่ความสม่ำเสมอในการสอน ซึ่งมักจัดลำดับความสำคัญหลังจากภาระงานอื่นที่มีอยู่ และเมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในภาพรวมที่พยาบาลทำเป็นประจำยังพบว่าไม่ครอบคลุม การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การจัดการภาวะแทรกซ้อนหรือปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผล รวมทั้งกิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมการหายของแผล นอกจากนี้การปฏิบัติในการดูแลแผลที่ทำอยู่ในปัจจุบันไม่ได้ใช้แนวทางที่ได้มาตรฐานการพยาบาล สืบเนื่องมาจากการไม่มีแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล การดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เข้ารับการรักษาให้บรรลุผลลัพธ์สุขภาพดังที่กล่าวมาข้างต้นจำเป็นต้องใช้การปฏิบัติที่มีคุณภาพ นำเชื่อถือ มีมาตรฐาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อส่งเสริมการหายของแผล ลดการติดเชื้อและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ดังนั้นผู้เสนอผลงาน จึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทางการพยาบาลการและให้ความรู้ในการดูแลแผลเบาหวานขึ้น เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมสอดคล้องกับระบบบริการ สุขภาพ ระบบการพยาบาล วัฒนธรรมองค์กรและวัฒนธรรมการทำงานของ

โรงพยาบาลตลอดจนวิถีชีวิตของผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อการหายของแผลเบาหวาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ ความพิการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยแผลเบาหวานต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐประเทศส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการแผลเบาหวานติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น ซึ่งจากการซักประวัติการเจ็บป่วยและการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า พยาบาลยังปฏิบัติการพยาบาลไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองเมื่อมีแผลเบาหวาน ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาที่คุกคามคุณภาพชีวิต ทำให้องค์กร โรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การติดเชื้อซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ รวมถึง ผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และทางเศรษฐกิจของครอบครัว หากผู้ป่วย และบุคลากรทางการพยาบาลไม่ตระหนักและใส่ใจปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผล โดยเฉพาะพยาบาลที่มี บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาลและให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันและลดปัญหาต่างๆ ตามมา

จากการค้นหาสาเหตุของการเกิดแผลติดเชื้อรุนแรงในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับ การพยาบาลที่ครอบคลุม ผู้ป่วยขาดความรู้และการดูแลตัวเองที่เหมาะสม ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการ พัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการดูแลแผลเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐาน สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยนำแนวคิดทฤษฎีโอเรียมมาใช้เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อกลับไป บ้าน การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยเน้นการดูแลตนเองและส่งเสริมความสามารถการดูแลตนเองในการปรับพฤติกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวาน คือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งนอกจากการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาแล้ว ยังเป็นผู้ ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตนเอง ของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยแผลเบาหวานสามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อส่งเสริมญาติในครอบครัวของผู้ป่วยในการสนับสนุนหรือช่วยเหลือผู้ป่วยแผลเบาหวานให้ปฏิบัติตนได้ อย่างเหมาะสม
3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพของการพยาบาลผู้ป่วยแผลเบาหวาน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน พฤศจิกายน 2566 – เมษายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานทุกรายในหอผู้ป่วยศัลยกรรม
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนในงานหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

1. ประชุมบุคลากรภายในตึกผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
2. จัดทำและเสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลและให้ความรู้ผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
3. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ
4. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
5. สรุปผลการดำเนินงาน

ขั้นดำเนินงาน

1. รวบรวมสถิติผู้ป่วยแผลเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566
2. ศึกษามาตรฐานและการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวานจากเอกสาร การบันทึก การสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ที่ให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรัฐประเทศ
3. ศึกษาปัญหาและความต้องการในประเด็นการดูแลและให้ความรู้ผู้ป่วยแผลเบาหวาน จากเจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรัฐประเทศ พบว่ามีความต้องการให้มีการจัดทำแนวทางการพยาบาลและให้ความรู้ในการดูแลแผลเบาหวาน
4. กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติพร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีการติดตาม ประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
5. ประเมินผลการดำเนินงาน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มประสิทธิภาพพยาบาลและให้ความรู้ในการดูแลแผลเบาหวาน ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม
2. พัฒนาศักยภาพของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวาน ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ประเมินผลจากการตอบแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวาน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยแผลเบาหวานได้รับความรู้และการดูแลตามแนวทางการพยาบาลมากกว่าร้อยละ 90
2. จากการตอบแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวาน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการมากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ) *ทพ.ป.ค.*

(นางสาวนวลปรางค์ ดีสมดู)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 29 / 11 / 2566

ผู้ขอประเมิน