



ประกาศจังหวัดน่าน
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดน่านได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๔ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวสุพัตรา ฮาวคำฟู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวอภิตี ภัทรสถาพรกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๓.	นางสาวติมาพร ชำน่วย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๔.	ว่าที่ร้อยตรีหญิง จารุวรรณ ศรีเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสุพัตรา ฮาวคำฟู	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๕๔๒๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๕๔๒๗	เลื่อนระดับ
		พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “คู่มือการล้างจมูกสำหรับผู้ป่วย” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” 					

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ วันที่ ๑๓ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นกระบวนการอักเสบของถุงลมปอด ทำให้เนื้อปอดแข็งและมีหนองในถุงลมปอด ปอดที่มีการติดเชื้อ และมีภาวะอักเสบ ทำให้มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้ ไอ มีน้ำมูก หอบเหนื่อย ในเด็กโตหรือผู้ใหญ่อาจมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้า หรือไอแรงๆ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ ในทุกเพศทุกวัย ในเด็กเล็กอาจมีอาการปวดท้อง ท้องอืด หรือท้องเดินร่วมด้วย ในผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และอาจพบเป็นโรคแทรกซ้อนของไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ ทอนซิลอักเสบ หัด อีสุกอีใส ไกกรณ ฯลฯ ซึ่งสาเหตุของปอดอักเสบเกิดจากการมีเชื้อโรคหรือสารเคมีเข้าไปทำให้มีการอักเสบของปอด โดยการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จะติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ติดตามสัญญาณชีพ โดยการรักษาขึ้นอยู่กับประเภทของโรคปอดอักเสบที่เป็นอยู่ ความรุนแรง และโรคร่วมอื่นๆ ได้แก่ การให้ยาต้านจุลชีพ การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ที่องค์การอนามัยโลกระบุเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย พบได้บ่อยในทุกเพศและทุกวัย พบได้ประมาณร้อยละ ๘-๑๐ ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจและนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆของโลก พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และผู้ที่ได้รับฝุ่นละออง ควันทูบหรือ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคหอบหืด เป็นต้น บางรายติดเชื้ออาจรุนแรงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เมื่อ ๓ ปีที่ผ่านมา ทั่วโลกได้เผชิญกับปัญหาวิกฤติการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกกว่า ๒ ล้านคน ในปี ๒๕๖๓ ซึ่งสูงกว่าจำนวนการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้ออื่นๆ จากรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัจจุบันสถานการณ์โรคปอดอักเสบที่ไม่รวมการติดเชื้อโควิด-๑๙ ในประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๖ รายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน ๒๓๙,๑๙๗ ราย เสียชีวิต ๒๒๔ ราย เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี จำนวนผู้ป่วยสะสม ๗๙,๑๐๔ ราย รายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ๕ ราย และในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ มีรายงานผู้ป่วยสะสม จำนวน ๑๖๗,๙๒๑ ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม จำนวน ๓๒๓ ราย เด็กที่เป็นพาหะของเชื้อโดยไม่มีอาการ ซึ่งพบได้ในสถานเลี้ยงเด็ก ก่อนวัยเรียนก็สามารถแพร่เชื้อได้ จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์ของโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๗ พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อนสะสม

อุบัติการณ์ของโรงพยาบาลทรนอย จากสถิติผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษา ปี พ.ศ.๒๕๖๕, ๒๕๖๖ และ ๒๕๖๗ จำนวน ๒๔๔ ราย ๓๔๐ ราย และ ๓๑๐ ราย ตามลำดับ โดยจัดเป็นอันดับ ๑ ของโรคที่พบสูงสุด ในโรงพยาบาล จัดเป็นอันดับ ๒ ของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล และ Readmit ใน ๒๘ วัน เป็นอันดับ ๑ ของตึกผู้ป่วยใน ซึ่งพยาบาลตึกผู้ป่วยในในองค์ความรู้ ทักษะ และความชำนาญในการวางแผน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๑ หลักการและเหตุผล (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการ โดยนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้น จึงได้ให้ความสำคัญกับโรคนี้ และได้จัดทำเป็นกรณีศึกษา เพื่อศึกษา วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

๔.๒ วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค และการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

๔.๒.๒ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบแก่ญาติ

๔.๓ เป้าหมาย

๔.๓.๑ บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ความสามารถ และทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

๔.๓.๒ เพื่อเป็นแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้รับการดูแล

ตามมาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ และครอบครัว

๔.๓.๓ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๔.๔ สรุปสาระ

การจัดทำกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๒ ปี น้ำหนัก ๑๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๘๕ เซนติเมตร ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้ยา แพ้อาหาร ปฏิเสธการผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดำเนินการในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ ๑๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ด้วยอาการไอ หายใจเหนื่อย ๖ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ๕ วันก่อนมา มีไข้ ไอมีเสมหะ น้ำมูก มารักษาที่โรงพยาบาลไทรน้อย ได้ยากกลับไปรับประทาน อาการไม่ดีขึ้น ยังมีไข้สูง ญาติจึงพามาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติว่าบิดาสูบบุหรี่เป็นประจำ

สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ ๓๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๗๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๓๐ ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๓ เปอร์เซนต์ (Room air) เสียงปอด ได้ยินเสียง Rhonchi both lung ได้รับการวินิจฉัยโรค Pneumonia

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานอนผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ ๑๓-๒๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ รวมเป็นวันนอน ๘ วัน ได้วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการทางการพยาบาลตามลำดับความสำคัญตามปัญหาของผู้ป่วย หลังจากได้รับการดูแลพยาบาลและการประเมินอาการและอาการแสดงจนอาการเป็นปกติและวางแผนจำหน่ายโดยให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การพ่นยาให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง แนะนำเรื่องการฉีดยาป้องกันไข้หวัดใหญ่ และแนะนำบิดาในการงดการสูบบุหรี่ เนื่องจากส่งผลต่อการกำเริบของโรคปอดอักเสบของผู้ป่วย การพาผู้ป่วยไปตรวจพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เรื่องสงสัยหอบหืดร่วมกับภาวะปอดอักเสบ เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และมาพบแพทย์ตามนัด รวมถึงสังเกตอาการผิดปกติที่ญาติควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์สถานพยาบาลใกล้บ้านทันที

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกตัวอย่างกรณีศึกษาที่สนใจจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลโทรนอยที่คาดว่าจะมีประโยชน์ในการนำมาประยุกต์ใช้และเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการของผู้ป่วย และแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อใช้เป็นข้อมูล
๓. ค้นคว้าข้อมูลจากหนังสือตำรา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลรักษาพยาบาล
๔. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดรวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ทำการศึกษาศึกษา
๕. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลตามแผนการรักษาพยาบาล
๖. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ
๗. เรียบเรียงและบันทึกเป็นเอกสารทางวิชาการ (กรณีศึกษา) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ๑ เรื่อง

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ เพิ่มทักษะสำคัญในการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้แก่ ด้านการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ด้านการทำงานเป็นทีม และการประสานงานติดต่อสื่อสาร จนกระทั่งผู้ป่วยปลอดภัย พันภาวะวิกฤติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือได้รับการส่งต่อปลอดภัยด้านกฎหมายจริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิ์ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามมาตรฐาน

๕.๒.๒ ญาติและผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ และพึงพอใจ

๕.๒.๓ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักต่อการพยากรณ์คุณภาพชีวิตภายหลังผู้ป่วยหายจากภาวะวิกฤติ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

๖.๒ พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ และทักษะในการพยาบาลเป็นเอกสารสหสาขาวิชาชีพสำหรับเผยแพร่แก่ผู้สนใจทั่วไป

๖.๓ สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแล หรือให้คำแนะนำแก่ญาติ และผู้ป่วยในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ทำให้บางครั้งผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการพยาบาล จำเป็นต้องให้ญาติในการช่วยเหลือ ช่วยจับตัวผู้ป่วยเมื่อต้องให้การพยาบาล และปลอบผู้ป่วยเมื่อร้องไห้ และเนื่องจากผู้ป่วยเป็นเด็กเรื่องการสื่อสารจึงต้องผ่านทางญาติทุกครั้ง จึงต้องให้มีญาติอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาของการรักษา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในช่วงอายุวัย ทำให้การให้ข้อมูล และการให้การพยาบาลกับผู้ป่วย ต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้ และร่วมมือในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

๘.๒ การสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยคลายความกังวล ความกลัว จากการให้การพยาบาล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแล การให้การพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน

๙.๒ ควรมีคู่มือแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

-

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวสุพัตรา ฮาวคำฟู สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

๒)-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....(ระบุร้อยละ)

๓)-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)สุพัตรา ฮาวคำฟู.....

(นางสาวสุพัตรา ฮาวคำฟู)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)๒๗ พ.ย. ๒๕๖๔.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุพัตรา ฮาวคำฟู	สุพัตรา ฮาวคำฟู

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวกรรณรัตน์ วายโสกา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) ๒๗ มี.ย. ๒๕๖๔

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นางมาลี สิริสุนทรานนท์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรน้อย

(วันที่) ๒๗ มี.ย. ๒๕๖๔

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง คู่มือการล้างจมูกสำหรับผู้ป่วย

๒. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ที่องค์การอนามัยโลกระบุเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย พบได้บ่อยในทุกเพศและทุกวัย พบได้ประมาณร้อยละ ๘-๑๐ ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจ และนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆของโลก พบมากในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๕ ปี ผู้สูงอายุ ผู้ที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคทางปอดเรื้อรัง เช่น หอบหืด หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง โรคเบาหวาน ผู้ที่กินสเตียรอยด์เป็นประจำ หรือผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และอาจพบเป็นโรคแทรกซ้อนของไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ ทอนซิลอักเสบ หัด อีสุกอีใส ไอกรน ฯลฯ บางครั้งพบในเด็กที่กินนมแม่กัด หรือผู้ที่สละกอาหารเข้าไปในปอด ร่วมกับปัจจุบันสภาพแวดล้อมที่มีมลพิษ ฝุ่นควัน โดยโรคปอดอักเสบเป็นอาการของปอดที่มีการติดเชื้อ และมีภาวะอักเสบ ทำให้มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ทำให้น้ำมูกเหนียวข้นไม่สามารถขับออกได้ ผู้ป่วยจะมีอาการคัดจมูก จาม น้ำมูกไหล ปวดจมูก ที่เป็นสาเหตุทำให้หายใจไม่สะดวก

เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการ โดยนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่รู้วิธีการล้างจมูกที่ถูกต้อง และไม่มั่นใจ ทำให้ไม่สามารถบรรเทาอาการของการคัดจมูกที่อาจส่งผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ด้วยเหตุนี้ผู้จัดทำจึงมีความสนใจในการจัดทำคู่มือการล้างจมูกแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเรียนรู้วิธีการล้างจมูกได้ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และสามารถทำได้ด้วยความมั่นใจ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ

การล้างจมูก คือการสวนล้างช่องและโพรงจมูกด้วยน้ำเกลือ เพื่อล้างสิ่งสกปรก ไม่ว่าจะเป็นน้ำมูก สารก่อภูมิแพ้ และฝุ่นละอองต่างๆ ซึ่งทางการแพทย์แนะนำว่าเป็นสิ่งที่ควรทำ และสามารถทำได้ในทุกคน ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ โดยเฉพาะผู้ป่วยไซนัสอักเสบ ภูมิแพ้ ไข้หวัด ฯลฯ ที่มีน้ำมูกเหนียวข้นไม่สามารถขับออกได้ ผู้ป่วยจะมีอาการคัดจมูก จาม น้ำมูกไหล ปวดจมูก ที่เป็นสาเหตุทำให้หายใจไม่สะดวก เนื่องจากช่วยเรื่องระบบหายใจให้ดีขึ้นได้ ซึ่งการล้างจมูกจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ เพื่อที่จะสามารถล้างจมูกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ป่วยและญาติบางรายยังมีปัญหาในการล้างจมูกที่ไม่ถูกวิธี และไม่มีความมั่นใจ ส่งผลให้ไม่สามารถขับน้ำมูกที่คั่งค้างออกมาได้ บางรายเกิดอาการสัลัก ไอ หรือแสบจมูกได้

ประโยชน์ของการล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ

๑. ช่วยลดอาการหวัดเรื้อรัง อาการคัดจมูก หรืออาการระคายเคืองในโพรงจมูกให้ดีขึ้น
๒. ชำระล้างฝุ่น มลพิษที่อาจสะสมลงหายใจเข้าไป ทำให้โพรงจมูกสะอาดมากยิ่งขึ้น
๓. ช่วยลดจำนวนเชื้อโรค สิ่งสกปรก เชื้อแบคทีเรีย และสารระคายเคืองที่ก่อให้เกิดภูมิแพ้
๔. ป้องกันการลุกลามของเชื้อโรคจากโพรงจมูก และไซนัส ไปสู่ปอด
๕. ช่วยลดอาการที่เกิดจากการติดเชื้อ และทำให้การติดเชื้อบางอย่างดีขึ้น
๖. ในผู้ป่วยบางรายที่ต้องพ่นยาในจมูก การล้างจมูกก่อนจะช่วยให้ยาออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถล้างจมูกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ
๒. ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการล้างจมูกที่ผิดวิธี
๓. ญาติมีความมั่นใจในการล้างจมูกให้ผู้ป่วย

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็ก ไม่สามารถล้างจมูกด้วยตนเองได้ ต้องอาศัยญาติในการช่วยล้างจมูกให้ผู้ป่วย ซึ่งญาติอาจมีความไม่กล้าทำ เนื่องจากไม่รู้วิธีการ ไม่มั่นใจ มีความกลัว

แนวทางแก้ไข ให้ญาติได้ปลอบประโลมผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะให้ความไว้วางใจกับญาติมากกว่า จัดทำคู่มือที่มีรูปภาพ และเนื้อหาบอกวิธีการล้างจมูกให้ญาติได้ศึกษา ได้ลองหยิบจับอุปกรณ์ เพื่อให้เกิดความคุ้นชิน ได้ศึกษาวิธีการจนเกิดความมั่นใจ กล้าที่จะทำ โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือและแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการล้างจมูกที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ สามารถล้างจมูกได้ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และสามารถกลับไปทำที่บ้านได้ด้วยตนเองเมื่อจำเป็น

๔.๒ ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อวิธีการเรียนรู้การล้างจมูกด้วยตนเอง ลดระยะเวลาที่พยาบาลต้องใช้ในการสอนเป็นรายบุคคล

๔.๓ บุคลากรในหน่วยงานมีความภาคภูมิใจ เกิดแรงบันดาลใจในการทำงาน หน่วยงานมีเครื่องมือที่ใช้เป็นสื่อในการสอนผู้ป่วย และญาติล้างจมูก

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีคู่มือที่ใช้เป็นสื่อในการสอนผู้ป่วย และญาติล้างจมูก

๕.๒ ผู้ป่วย และญาติสามารถล้างจมูกได้ถูกต้อง ร้อยละ ๙๐

(ลงชื่อ) สุภัทรา ฮาวคำฟู

(นางสาวสุภัทรา ฮาวคำฟู)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๗ พ.ย. ๒๕๖๒

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวสุพัตรา ฮาวคำฟู

ตำแหน่งที่ขอประเมิน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ ๕๔๒๗ สังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล

โรงพยาบาลไทรน้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๒๐
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๗
๓. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๗
๔. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	๑๐	๑๗
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๘
รวม	๑๐๐	๘๙

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- (☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อ)

(นางสาวกรรณรัตน์ วายโสกา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) ๒๗ พ.ย. ๒๕๖๔

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

- (☒) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อ) 

(นางมาลี สิริสุนทรานนท์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรน้อย

(วันที่) ๒๗ พ.ย. ๒๕๖๕

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
 เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- (☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐
 () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
 ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๒๖ พ.ค. ๒๕๖๕

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวอภิรดี ภัทรสถาพรกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
		พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๑๐๙๒	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๑๐๙๒	เลื่อนระดับ
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคควาซากิ” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “โปสเตอร์ให้ความรู้สำหรับญาติผู้ป่วยและพยาบาลเรื่อง โรคควาซากิ” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” 				๑๐๐%

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคคาวาซากิ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 – 1 ธันวาคม พ.ศ. 2568
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เรื่องโรคคาวาซากิ

ความหมายโรคคาวาซากิ

โรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) หรือ "โรคหัดญี่ปุ่นในเด็ก" มักเกิดในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี อาการเริ่มต้นจะมีอาการคล้ายไข้หวัด แต่จะมีไข้สูงนาน ต่อมาจะเกิดการอักเสบที่นำไปสู่หลอดเลือดอักเสบทั้งร่างกาย รวมทั้งอาจทำให้หลอดเลือดหัวใจโป่งพองและเสียชีวิตเฉียบพลันได้ พบบ่อยในเด็กชาวเอเชียโดยเฉพาะที่ประเทศญี่ปุ่น เกาหลี ไต้หวัน และจีน ส่วนในชาวยุโรปและอเมริกาพบได้น้อย และพบได้น้อยมากในเด็กชาวมิวนา ซึ่งโรคนี้พบมากขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทย แต่ยังไม่ทราบถึงอุบัติการณ์ที่แน่ชัด และไม่สัมพันธ์กับฤดูกาล โดยโรคนี้ตั้งชื่อตามนายแพทย์ชาวญี่ปุ่น โทมิซากุ คาวาซากิ (Dr.Tomisaku Kawasaki) ที่ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยเป็นคนแรกของโลก

พยาธิสรีรวิทยาโรคคาวาซากิ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุ และกลไกการเกิดโรคที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้อง (genetically susceptible host) เนื่องจากพบว่าเด็กญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์การเกิดโรค Kawasaki มากกว่าชนชาติอื่นและพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในพี่น้องและฝาแฝด นอกจากนี้ยังเชื่อว่ามีสารสิ่งแปลกปลอมหรือไวรัสบางชนิดที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจโดยอาศัยลมในการพัดพา (wind-borne agent) ระบบการสร้างภูมิคุ้มกันจะถูกรบกวน มีปฏิกิริยาสร้างสารเชิงซ้อนทางภูมิคุ้มกัน (Ag-Ab complex) จับกับเยื่อผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดดำเล็ก (venules) และหลอดเลือดแดงเล็ก (arterioles) อักเสบ โดยลุกลามไปยังชั้นกล้ามเนื้อของหลอดเลือดแดง (muscular arteries) ของผนังหลอดเลือดภายใน 12 - 25 วัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจโป่งพอง (coronary artery aneurysm) ผนังหลอดเลือดจะหนา มีหินปูนเกาะบริเวณหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับอันตราย และจากการตีบและโป่งพองของหลอดเลือด อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบต่อหัวใจได้สูง

อาการของโรคคาวาซากิ

โรคคาวาซากิจะมีระยะเวลาในการแสดงอาการประมาณ 6 สัปดาห์ แบ่งได้ 3 ระยะ

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 - 2 จะเกิดอาการขึ้นได้อย่างกะทันหันและอาจมีอาการที่รุนแรงได้ เช่น

- มีไข้สูง อาการแรกที่พบ คือ มีไข้สูงระหว่าง 38 - 40 องศาเซลเซียส โดยปกติจะเป็นไข้อย่างน้อยประมาณ 5 วัน หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาจทำให้เป็นไข้นานประมาณ 11 วัน และในบางรายอาจเป็นไข้นานถึง 3 - 4 สัปดาห์ อาจมีไข้สูงเป็นๆหายๆและไข้ขึ้นอย่างรวดเร็ว และไม่ตอบสนองต่อยา เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ Ibuprofen หรือยา Paracetamol

- ผื่นแดงคัน เป็นจุด มักเกิดขึ้นที่บริเวณอวัยวะและกระจายไปยังลำตัวและใบหน้า
- มือและเท้าบวม แดง หรือเจ็บ เมื่อมีการลงน้ำหนักและอาจมีผิวหนังลอกที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าตามมา

- ตาบวมแดง โดยไม่มีขี้ตาทั้งสองข้าง
- ริมฝีปากแดงแห้ง แดก บวม ลอก ลื่นเป็นตุ่มแดงบวมคล้ายผลสตรอว์เบอร์รี (Strawberry Tongue)
- ต่อม้ำเหลืองโต ที่ลำคอ คลำได้ อาจพบข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง รู้สึกตึง เจ็บ และอาจบวมขึ้น

จนมีขนาดใหญ่กว่า 1.5 เซนติเมตร

- ความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจ เช่น หัวใจเต้นเร็ว น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

2. ระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute Phase) ในช่วงสัปดาห์ที่ 2 - 4 ใช้สูง และอาการต่างๆจะเริ่มลดความรุนแรงลง รวมถึงอาจพบอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น ผิวลอกที่บริเวณนิ้วมือ นิ้วเท้า ฝ่ามือ หรือฝ่าเท้าปวดศีรษะ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ง่วงซึมหรือหมดแรง ปวดตามข้อหรือข้อบวม มีหนองในปัสสาวะ ผื่นหรือตาเหลือง เป็นต้น ในระยะนี้ จะง่ายต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโป่งพอง (Coronary Artery Aneurysm) พบได้ค่อนข้างน้อยแต่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้

3. ระยะพักฟื้น (Convalescent Phase) ในช่วงสัปดาห์ที่ 5 - 6 ผู้ป่วยจะมีอาการที่ดีขึ้น แต่ยังคงรู้สึกอ่อนแรง หรือเหนื่อยง่าย และในระยะนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นกัน แต่มักจะเกิดขึ้นในระยะกึ่งเฉียบพลันได้มากกว่า

สาเหตุของโรคคาวาซากิ

ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าโรคคาวาซากิเกิดขึ้นจากสาเหตุใด มีเพียงปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

1. การติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคคล้ายกับอาการของการติดเชื้อจากไวรัส หรือ แบคทีเรีย แต่โรคจะไม่แพร่กระจายจากคนสู่คน ทำให้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเกิดจากการติดเชื้อเพียงปัจจัยเดียว
2. พันธุกรรม เหล่านักวิจัยไม่ปักใจเชื่อว่าโรคนี้จะสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม แต่คนที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคคาวาซากิจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากถึง 10 เท่า
3. ชาติพันธุ์ โรคคาวาซากิมักพบมากในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะประเทศ ญี่ปุ่น เกาหลี ไต้หวัน และจีน

4. ระบบภูมิคุ้มกัน ที่ทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะในร่างกาย
5. ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด มลพิษ สารพิษ หรือสารเคมี

การวินิจฉัยโรคคาวาซากิ

1. จากการซักประวัติ อาการและอาการแสดงของโรคคาวาซากิ ได้แก่ มีไข้ ทานยาลดไข้ไม่ดีขึ้น ผื่นแดงคันบริเวณลำตัวและใบหน้า มือและเท้าบวม แดง เจ็บ ผื่นหนังลอกที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ตาบวมแดง ริมฝีปากแดง แห้ง แดก บวม ลอก ลื่นเป็นตุ่มแดงบวม ต่อม้ำเหลืองโตที่ลำคอ
2. จากการตรวจร่างกาย หากมีอาการแสดงอาการหลักอย่างน้อย 4 ข้อขึ้นไปสามารถวินิจฉัยเป็นโรคคาวาซากิและแยกจากโรคอื่นได้ ได้แก่

- 2.1 อาการตาขาวแดง โดยไม่มีขี้ตา เกิดหลังมีไข้ 1 - 2 วัน
- 2.2 ริมฝีปากกับเยื่อช่องปาก แดง แห้ง และแตก ลื่นแดงหรือที่เรียกว่า Strawberry tongue
- 2.3 ผื่นแดงขึ้นตามตัวและแขนขา แต่ไม่มีอาการคัน
- 2.4 หลังมือหลังเท้าจะบวมแดง และ 1 - 3 สัปดาห์ต่อมาจะลอกที่ปลายนิ้วมือนิ้วเท้า
- 2.5 ต่อม้ำเหลืองที่คอโตมากกว่า 1 ต่อม ขนาดมากกว่า 1.5 ซม. มักพบข้างเดียว

3. จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะช่วยวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคควาซากิได้อย่างแม่นยำโดยการตรวจ
 - 3.1 Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR) ≥ 40 mm/hr
 - 3.2 C-Reactive Protein (CRP) ≥ 3 mg/dL
 - 3.3 ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ซึ่งหากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ใน 6 ข้อ สามารถให้การวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคควาซากิ และให้การรักษาโดยการให้ Aspirin และ (IVIG) Intravenous Immunoglobulin ได้แก่
 - 3.3.1 White Blood Cell จาก CBC $\geq 15,000$ cell/cu.mm
 - 3.3.2 Hematocrit $\leq 33\%$
 - 3.3.3 Platelet count $\geq 450,000$ cell/mm³ หลังสัปดาห์แรกของไข้
 - 3.3.4 Albumin ≤ 3 gm/dL
 - 3.3.5 Alanine transaminase ≥ 40 U/L
 - 3.3.6 White Blood Cell จาก Urinalysis ≥ 10 cell/HPF
 - 3.4 คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) ในรายที่เป็นมากคลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจผิดปกติได้
 - 3.5 ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph) บางรายเงาหัวใจอาจโตเนื่องจากมีน้ำที่ช่องเยื่อหุ้มหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ
 - 3.6 การทำ ultrasound ของหัวใจ (Echocardiogram) การทำ Ultrasound หัวใจหรือ Echocardiogram จะมีประโยชน์มากเพราะจะช่วยให้การวินิจฉัยว่าโรคนี้ลุกลามไปที่หัวใจและหลอดเลือดหรือไม่ โดยถ้ามีการลุกลามไปที่หลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจ (Coronary artery) ก็จะเห็นมีการโป่งพอง (aneurysm) ตลอดจนอาจเห็นว่ามีลิ่มเลือดอยู่ในเส้นเลือดส่วนที่โป่งพองได้ และก็ยังสามารถบอกได้ว่าการรั่วของลิ้นหัวใจหรือไม่อีกด้วย นอกจากนี้ยังใช้ในการติดตามความรุนแรงของโรค และติดตามผลการรักษา
 - 3.7 การสวนหัวใจและฉีดสี (Coronary Angiography) เพื่อดูการทำงานของหัวใจและความผิดปกติของเส้นเลือดที่เลี้ยงหัวใจ (Coronary artery) ว่ามีการโป่งพองหรือตีบแคบไหม
 - 3.8 การตรวจเลือดไหลเวียนเลือดหัวใจแบบส่วนตัว (Myocardial Scanning) เพื่อตรวจดูว่าการไหลเวียนของเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติหรือไม่ ซึ่งถ้าผิดปกติก็แสดงว่าน่าจะมีเส้นเลือดส่วนนั้นตีบหรืออุดตัน

การรักษาโรคควาซากิ

1. การรักษาในช่วงเฉียบพลัน

ให้การรักษาโดยให้ (Intravenous Immunoglobulin) IVIG ขนาด 2 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กก. ร่วมกับรับประทานยาแอสไพริน (Aspirin) ขนาด 30 - 50 มก./น้ำหนักตัว 1 กก./วัน
2. การรักษาในช่วงไม่เฉียบพลันและต่อเนื่อง

ให้รับประทาน aspirin ขนาด 3 - 5 มก./น้ำหนักตัว 1 กก./วัน หลังไข้ลดลงนานประมาณ 2 เดือน ถ้าผู้ป่วยมีเส้นเลือดโป่งพอง จะต้องให้ติดต่อไปนานจนกว่าเส้นเลือดโป่งพองจะกลับเป็นปกติ บางรายต้องได้รับยานานหลายปี

ยาที่ใช้รักษาโรคควาซาจิ

1. การให้อิมมูโนโกลบูลิน (Intravenous Immunoglobulin) IVIG ทางหลอดเลือดดำเป็นแอนติบอดีที่มีหน้าที่กำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกาย และช่วยลดปฏิกิริยาการอักเสบในร่างกาย หลังจากรักษาแล้วอาการจะดีขึ้น ภายในเวลา 3 วัน หากไม่พบอาการที่ดีขึ้นอาจต้องทำการฉีดซ้ำอีก 1 ครั้ง ระหว่างให้ยาต้องสังเกตอาการในโรงพยาบาล อย่างใกล้ชิด และการให้อิมมูโนโกลบูลินจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดหัวใจได้ด้วย

2. การใช้ยาแอสไพริน (Aspirin) เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวด ลดไข้ ลดอาการบวม ลดการอุดตันของเกล็ดเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหลอดเลือดหัวใจ

3.2 การพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคควาซาจิ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคควาซาจิ แบ่งได้เป็นระยะต่างๆ ดังนี้

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase)

1.1 การประเมินและติดตามวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

1.2 การพยาบาลด้านร่างกาย มีความรู้ ทักษะ ความพร้อม ในการประคับประคองดูแลและประเมินอาการต่างๆ โดยสังเกตอาการแสดงของโรคควาซาจิและการชักประวัติผื่นแดงคันตามร่างกาย ไข้ ชักเกร็ง ซึม อ่อนเพลีย มือเท้าบวม ผิวหนังลอก ตาบวมแดง ปากแดงแตก ลิ้นแดงบวมคล้ายผลสตรอว์เบอร์รี่ หายใจเหนื่อย ต่อม่าน้ำเหลืองที่คอโตและเจ็บ ปวดตามตัวตามข้อ

1.3 การตรวจร่างกายผู้ป่วย ได้แก่ ลิ้นเป็นตุ่มแดงบวมคล้ายผลสตรอว์เบอร์รี่ ต่อม่าน้ำเหลืองที่ลำคอ

1.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาหรือวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม และให้การรักษาที่ตรงจุดและถูกต้องอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย

1.5 เฝ้าระวังอาการชักเกร็ง เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยมีไข้สูงเป็นระยะเวลานานและไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะและยาลดไข้ ดูแลเช็ดตัวลดไข้ วัดอุณหภูมิร่างกายหลังเช็ดตัวจนอุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติและคอยติดตามวัดไข้เมื่อมีอาการแสดง เช่น ตัวร้อน หนาวสั่น เพื่อป้องกันภาวะชัก

1.6 การดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำเนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ริมฝีปากแดง บวม แห้ง แตก ทำให้เกิดการเจ็บปวดเมื่อรับประทานอาหาร

2. ระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute Phase)

2.1 จัดการความไม่สุขสบาย เช่น อาการปวดตามข้อหรือข้อบวม โดยการให้ยาประเมินอาการปวดและให้ยาตามแผนรักษา

2.2 จัดการความไม่สุขสบาย เช่น ผิวลอกที่บริเวณนิ้วมือ นิ้วเท้า ฝ่ามือ ฝ่าเท้า โดยการประเมินลักษณะบริเวณที่ผิวลอก และให้ยาทาตามแผนรักษา

2.3 ประเมินการขับถ่าย ท้องเสีย ปวดท้อง อาเจียน การรับประทานอาหาร โดยดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำและให้ยาตามแผนรักษา

2.4 ประสานกับสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการวินิจฉัยและทราบถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph), การทำ Ultrasound ของหัวใจ (Echocardiogram) เนื่องจากในระยะนี้จะง่ายต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโป่งพอง (Coronary Artery Aneurysm) หัวใจเต้นเร็ว มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจพบได้ค่อนข้างน้อยแต่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้

3. ระยะพักฟื้น (Convalescent Phase) ผู้ป่วยจะมีอาการที่ดีขึ้น แต่จะยังคงรู้สึกอ่อนแอหรือเหนื่อยง่าย

3.1 ส่งเสริมความสุขสบาย ดูแลให้ผู้ปวยนอนพักผ่อนและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน

3.2 ดูแลให้นอนพักผ่อนเพียงพอโดยมีญาติเฝ้าใกล้ชิดและยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันการตกเตียง

3.3 ฝึกระวังอาการเหนื่อย โดยติดตามสังเกตระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการหายใจ

3.4 แจ้งอาการที่ควรสังเกตและฝึกระวังให้ญาติรับทราบ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงจะได้ทำการแจ้งพยาบาลได้อย่างทันท่วงที และได้รับการรักษาพยาบาลทันที

4. ระยะส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและแพทย์เฉพาะทาง

4.1 การพยาบาลด้านจิตใจ พยาบาลอธิบายแนวทางการรักษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่นที่มีแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และมีศักยภาพในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการปฏิบัติตัวขณะป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆจากแพทย์ที่วางแผนการรักษา ให้ความมั่นใจต่อผู้ป่วยและญาติว่าจะได้รับการประสานส่งต่ออย่างรวดเร็วและปลอดภัย จากการรักษาของทีมแพทย์และพยาบาล ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเพื่อไม่ให้เกิดภาวะเครียดและอาจเกิดการเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตตามมาได้

4.2 ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและแพทย์เฉพาะทางไปรักษาต่อ หากทางโรงพยาบาลรับประสานรับไปรักษาต่อแล้ว รีบประสานทีมนำส่งตัวผู้ป่วยเพื่อส่งต่ออย่างทันทีเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว และไม่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อได้รับการรักษาซ้ำ

4.3 หลังจากส่งตัวไปรักษาต่อ ทีมพยาบาลมีการติดต่อประสานญาติและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาต่อ เพื่อติดตามอาการ ภาวะของโรค แผนการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรค และให้กำลังใจผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย นำผลการติดตามอาการผู้ป่วย รายงานแพทย์กุมารเวชกรรมที่เป็นเจ้าของไข้ให้รับทราบ เป็นการประเมินติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนการรักษาและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตต่อไป

5. ระยะจำหน่าย

การประเมินความพร้อมในการจำหน่าย เพื่อให้แน่ใจว่าญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน และลดความเสี่ยงของการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ เช่น

5.1 แจ้งอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล เช่น ซึม มีไข้สูง เหนื่อยหอบ มีผื่นขึ้นตามร่างกาย

5.2 แนะนำให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งและรับประทานยาตรงตามเวลา

5.3 สอบถามการรับประทานยาเมื่อกลับบ้านตามที่เภสัชกรแนะนำญาติ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง หากพบว่าเข้าใจไม่ถูกต้อง อธิบายสรรพคุณของยาและการรับประทานที่ถูกต้องให้ญาติรับทราบเข้าใจ

5.4 นัดหมายเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล และอธิบายให้มาตรวจตามแพทย์นัด

3.3 ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. สามารถประเมินอาการ ความรุนแรง ของโรคและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัย รวมถึงวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ได้อย่างเหมาะสม และหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือ เกินศักยภาพ สามารถรับมือ และช่วยเหลือ หรือ ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ หรือ มีความเชี่ยวชาญได้อย่างปลอดภัย และทันถ่วงที

2. สามารถติดตามการพยาบาล แผนการรักษา และรายงานอาการผู้ป่วยแก่แพทย์ และญาติได้อย่างเหมาะสมตามขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล

3. สามารถใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการติดตามอาการของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยและสามารถส่งต่อสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เช่น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การวัดสัญญาณชีพ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การแนะนำวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้องจากเภสัชกร

4. มีความรู้ ความสามารถส่งต่อความรู้ในหน่วยงานเพื่อช่วยกันดูแลผู้ป่วย และประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง สามารถแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น และช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ เช่น การเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี การรับประทานยาตรงเวลา

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 2 ปี 11 เดือน 18 วัน เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด อาชีพ ในความปกครอง น้ำหนัก 12.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 98.5 เซนติเมตร ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคโควิด-19 ตอนอายุ 1 ขวบ ได้ยา Favipiravir กลับไปรับประทานที่บ้าน 5 วัน ไม่ได้รับนอนพักหอผู้ป่วยใน)

ผู้ปกครองให้ประวัติว่า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล (20 พฤษภาคม พ.ศ. 2567) ผู้ป่วยมีไข้ ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ มีน้ำมูก ไม่มีผื่น รับประทานอาหารได้น้อย อาเจียน 1 ครั้ง ไม่มีท้องเสีย ไม่มีถ่ายเหลว

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล (21 พฤษภาคม พ.ศ. 2567) สังเกตพบต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านขวามือโต กดเจ็บ ไม่มีผื่น ไม่มีตาแดง ไม่มีเสมหะ มีน้ำมูก ไม่มีท้องเสีย ไม่มีถ่ายเหลว

วันนี้ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ไปโรงพยาบาลชลดา ตรวจหาเชื้อโควิด-19 ผลปกติ, ตรวจหาเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A และตรวจหาเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B ผลปกติ แพทย์สั่งยาตามอาการให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทานที่บ้าน หลังรับประทานยา อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ยังมีไข้สูง ไม่มีเสมหะ เจ็บคอ รับประทานอาหารไม่ได้ จึงมาโรงพยาบาลบางใหญ่

แรกวันที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยเด็กชายรู้สึกตัวดี ไม่ซึม หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีไข้ มีน้ำมูก เจ็บคอ ต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านขวามือโต วัดสัญญาณชีพ ผู้ป่วยมีไข้สูงอุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ไม่มีหนาวสั่นชักเกร็ง เช็ดตัวลดไข้ และรับประทานยา Paracetamol syr 6 cc oral วัดอุณหภูมิซ้ำได้ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที O₂ Saturation Room air 99% แพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วยพบว่า GA = Alert, HEENT = Mass Right Posterior cervical 4*4 cm, No Fluctuation, No Conjunctivitis, No Strawberry tongue, No Injected tympanic membrane, No Dental carries, Abdomen = Soft, No hepatosplenomegaly, Cardiovascular system = Normal s1s2, No murmur, Chest X-ray = No infiltration, ฟังเสียงปอด = Clear, Extremities = No Pitting edema

แพทย์ได้มีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, hemoculture 1 ชุด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ Complete Blood Count : White Blood Cell 14,500 cell/cu.mm สูงกว่าเกณฑ์ Neutrophil 83% สูงกว่าเกณฑ์ Lymphocyte 9% ต่ำกว่าเกณฑ์ ร่วมกับมีไข้สูง แพทย์พิจารณาให้ Ceftriaxone 900 mg vein drip, Sodium 128.40 mmol/L ต่ำกว่าเกณฑ์ Bicarbonate 18.80 mmol/L ต่ำกว่าเกณฑ์ ร่วมกับรับประทานอาหารได้น้อย แพทย์พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% Dextrose in NSS 1,000 cc vein drip 45 cc/hr ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ Hematocrit 36% Platelet 296,000 cell/mm³ Blood Urea Nitrogen 8.2 mg/dl Creatinine 0.36 mg/dl Potassium 4.27 mmol/L Chloride 96.10 mmol/L Glomerular Filtration Rate 202 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต่อมน้ำเหลืองอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ และรับผู้ป่วยไว้รักษาหอผู้ป่วยใน

แรกรับหอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตื่นดี ไม่ซึม อ่อนเพลียเล็กน้อย ไอมีเสมหะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไม่มีชักเกร็ง ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที O₂ Saturation Room air 99% อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้รับประทานยาตามใบสั่ง Paracetamol syr 5 ml oral และแนะนำ การเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เนื่องจากมีต่อมน้ำเหลืองที่คอบวมโตด้านขวา คลำร้อน แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน และรับประทานอาหารน้อยๆ แต่บ่อยมื้อ ร่วมกับดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% Dextrose in NSS 1,000 cc vein drip 45 cc/hr แพทย์วางแผนการรักษาและให้ยารับประทาน Domperidone syr 2.5 ml oral tid ac, Bromhexine syr 3 ml oral tid pc, Chlorpheniramine syr 3 ml oral tid pc, Paracetamol syr 5 ml oral prn q 4 hr for fever ตามแผนการรักษาของแพทย์ ระหว่างนอนพักรักษาตัวหอผู้ป่วยใน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีซึม อาการเจ็บคอลดลง ไอมีเสมหะลดลง น้ำมูกลดลง อ่อนเพลียเล็กน้อย ยังมีไข้สูง อุณหภูมิอยู่ในช่วง 39 - 39.6 องศาเซลเซียส พบปัญหาผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามใบสั่งและไม่ให้ญาติเช็ดตัวลดไข้ ให้การพยาบาลโดยช่วยเช็ดตัวลดไข้ร่วมกับญาติ และช่วยบ้วนยาตามใบสั่ง Paracetamol syr 5 ml oral ตามแผนรักษา ติดตามวัดอุณหภูมิซ้ำให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดูแลเฝ้าระวังภาวะชักเกร็งจากไข้สูง และติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

วันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 หลังรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล 1 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซึม ยังคงอ่อนเพลียเล็กน้อย มีหนาวสั่นเวลาเช็ดตัว ไม่มีชักเกร็ง มีไอบางครั้ง เจ็บคอ ไม่มีน้ำมูก รับประทานอาหารได้น้อย ต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านขวามุมแดง ร้อนเท่าเดิม การขับถ่ายปกติ ประเมินและติดตามวัดสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 24 - 26 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 128 - 160 ครั้ง/นาที O₂ Saturation Room air 99 - 100% อุณหภูมิอยู่ในช่วง 38.1 - 39.6 องศาเซลเซียส แพทย์ให้การรักษาโดยเพิ่มยาปฏิชีวนะ Clindamycin 160 mg vein drip q 6 hr และปรับขนาดความเข้มข้นยาตามใบสั่ง Paracetamol drop 1.3 cc oral prn q 4 hr ร่วมกับดูแลเช็ดตัวลดไข้ผู้ป่วยอย่างถูกวิธีและบ้วนยาตามแผนรักษาของแพทย์ และแพทย์ให้มีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยให้เก็บปัสสาวะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามผลปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการพบว่า Urinalysis WBC 1-2/HPF RBC 0-1/HPF Epi 0-1/HPF แพทย์รับทราบผลการตรวจ ไม่มีคำสั่งการรักษาเพิ่มเติม หลังผู้ป่วยได้ยาปฏิชีวนะ Clindamycin 160 mg vein ครบระยะเวลา 1 ชั่วโมง พบมีผื่นเป็นจุดแดงขึ้น ที่บริเวณลำคอและบริเวณหลัง รายงานแพทย์รับทราบอาการ แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา Chlorpheniramine 3 mg vein stat และ ให้ยา TA Cream 0.02 % ทาบริเวณผื่น ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

แพทย์พิจารณาให้ปรับขึ้นสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% Dextrose in NSS 1,000 cc vein drip 60 cc/hr และหยุดให้ยา Domperidone เนื่องจากไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนแล้ว แพทย์ตรวจเยื่อบุอาหารผู้ป่วยและติดตามผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count : White Blood Cell 11,410 cell/cu.mm Neutrophil 83% Lymphocyte 10% Hematocrit 35% Platelet 308,000 cell/mm³ Blood Urea Nitrogen 8.2 mg/dl Glomerular Filtration Rate 202.61 Creatinine 0.36 mg/dl Sodium 135.7 mmol/L Bicarbonate 20.8 mmol/ Potassium 3.79 mmol/L Chloride 100 mmol/L ผลทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์พิจารณาให้เปลี่ยนสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5% Dextrose in 1/3 NSS 500 cc vein drip 60 cc/hr มีผื่นขึ้นใหม่ที่บริเวณก้น รายงานแพทย์รับทราบอาการ แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา Chlorpheniramine 3 mg vein stat และให้ยา Calamine lotion ทาบริเวณผื่น และพิจารณาให้หยุดการให้ยาปฏิชีวนะ Clindamycin ติดตามประเมินอาการหลังได้ยา Chlorpheniramine และยา Calamine lotion ผื่นตามร่างกายยุบลง เหลือเพียงรอยแดงเล็กน้อยตามร่างกาย

วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 หลังรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล 2 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซึมอ่อนเพลียเล็กน้อย มีหนาวสั่นเวลาเช็ดตัว ไม่มีชักเกร็ง เจ็บคอ ต่อม้ำเหลืองที่คอด้านขวาบวมยุบลงเล็กน้อย คลำร้อนอยู่ ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ยังรับประทานอาหารได้น้อย การขับถ่ายปกติ มีรอยผื่นแดงตามร่างกายเล็กน้อย แพทย์ตรวจเยื่อบุอาหารผู้ป่วยและตรวจร่างกายผู้ป่วยเพิ่มเติม พบว่ามีเยื่อบุตาแดง (conjunctiva) ทั้ง 2 ข้าง มีลิ้นบวมแดงคล้ายผลสตรอว์เบอร์รี่ (Strawberry tongue) แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคคาวาซากิ จึงวางแผนการ ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Erythrocyte sedimentation rate วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เพื่อสามารถยืนยันการวินิจฉัยเป็นโรคคาวาซากิ ติดตามวัดสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 24 - 26 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 128 - 170 ครั้ง/นาที O₂ Saturation Room air 97 - 99% ผู้ป่วยยังมีไข้สูงตลอด อุณหภูมิอยู่ในช่วง 37.5 - 40.7 องศาเซลเซียส แพทย์เพิ่มยา Ibuprofen syr 6 cc oral prn if temp > 38.5 องศาเซลเซียส ทุก 8 hr ผู้ป่วยปวดท้องด้านบนซ้ายและมีท้องอืดเล็กน้อย ไม่มี guarding แพทย์ตรวจร่างกายและให้การรักษาโดยให้ยา Air-x drop 0.3 cc oral tid pc, Alummilk 5 cc oral tid pc, Losec 10 mg vein stat ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น แพทย์พิจารณาให้ปรับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ลดลง เป็น 5% Dextrose in 1/3 NSS 500 cc vein drip 40 cc/hr

วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 หลังรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล 3 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซึมอ่อนเพลียเล็กน้อย มีหนาวสั่นเวลาเช็ดตัว ไม่มีชักเกร็ง เจ็บคอ ต่อม้ำเหลืองที่คอด้านขวาบวมยุบลงเล็กน้อย คลำร้อน ไม่มีไอเสมหะ ไม่มีน้ำมูก ยังรับประทานอาหารได้น้อย การขับถ่ายปกติ มีรอยผื่นแดงตามร่างกายเล็กน้อย มีเยื่อบุตาแดง (conjunctiva) ทั้ง 2 ข้าง มีลิ้นบวมแดงคล้ายผลสตรอว์เบอร์รี่ (Strawberry tongue) ติดตามวัดสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 24 - 26 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 138 - 168 ครั้ง/นาที O₂ Saturation Room air 100% ผู้ป่วยยังมีไข้สูงตลอด อุณหภูมิอยู่ในช่วง 39.2 - 40.2 องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วย และแพทย์ให้การรักษาเพิ่มเติมโดยให้ยาลดไข้ Paracetamol 125 mg 1 tab rectal suppo 1 dose stat แพทย์ตรวจเยื่อบุอาหารผู้ป่วย และติดตามผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคคาวาซากิเพิ่มเติม Complete Blood Count ผล White Blood Cell 12,360 cell/cu.mm Hematocrit 29% และ Platelet 251,000 cell/mm³ ยังอยู่ในเกณฑ์ ตรวจ Liver Function Test ผล Albumin 3.0 gm/dl ยังอยู่ในเกณฑ์

แต่ Alanine transaminase สูงกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย 56 U/L และตรวจปัสสาวะ Urinalysis ผล White Blood Cell สูงกว่าเกณฑ์ปกติ 10 - 20/HPF และตรวจ Electrolyte ผล Potassium 2.84 mmol/L ต่ำกว่าเกณฑ์ แพทย์ให้การรักษาดูเหมือนเดิม และมีการให้ Elixir Potassium Chloride (E.KCL) 9 cc oral q 2 hr 2 does Potassium Chloride 3.5 mEq + Normal saline solution 50 cc vein drip in 1 hr 3 dose, hold IV เดิม ขณะให้ Potassium Chloride + Normal saline solution drip ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ Erythrocyte sedimentation rate 99 mm/hr สูงกว่าเกณฑ์ ร่วมกับมีอาการไข้สูง เยื่อตาแดงทั้ง 2 ข้าง ต่อม่าน้ำเหลืองที่คอด้านขวาบวม คลำร้อน รอยผื่นแดงตามร่างกาย ลื่นบวมแดงคล้ายผลสตรอว์เบอร์รี แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคคาวาซากิ (Kawasaki) แพทย์แจ้งผลการวินิจฉัยโรคคาวาซากิให้ญาติรับทราบ และอธิบายเกี่ยวกับโรคคาวาซากิ แนวทางการรักษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อ โรงพยาบาลอื่นที่มีแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และมีศักยภาพในการรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยประสานส่งต่อโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ญาติรับทราบและเข้าใจ พยาบาลประสานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า แพทย์เฉพาะทางกุมารเวชกรรมตอบรับผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม ขณะส่งต่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซึม ไม่มีหนาวสั่น ไม่มีชักเกร็ง ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่มีไอเสมหะ ไม่มีน้ำมูก การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษาอย่างปลอดภัยและทันที่ ไม่เกิดอาการที่บ่งบอกว่ามีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลบางใหญ่เป็นระยะเวลา 4 วัน

ติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจากส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พยาบาลได้ประสานติดต่อ ติดตามอาการผู้ป่วยจากมารดา และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โดยได้ทราบข้อมูลว่า ผู้ป่วยได้รับการยืนยัน เป็นโรคคาวาซากิ และได้รับยา Intravenous Immunoglobulin (IVIG) 1 dose และแพทย์สั่งยา Aspirin ให้รับประทาน 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันแรกที่นอนพักรักษาตัวหอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เกิดอาการแพ้ยา ไม่มีผลข้างเคียงของยา ได้มีการส่งตรวจ Echocardiogram ซึ่งไม่พบความผิดปกติใดๆ และยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดโรคหัวใจ หลังได้ยาผ่านไป 1 วัน ไข้เริ่มลง ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีไข้ ต่อม่าน้ำเหลืองที่คอด้านขวาลดลง การเจ็บปวดหาย ไม่เจ็บคอ ไม่มีผื่นตามร่างกาย รับประทานอาหารและน้ำได้มากขึ้น แพทย์ให้หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อาการผู้ป่วยดีขึ้นมาก สัญญาณชีพปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นระยะเวลา 4 วัน

ประสานติดตามอาการหลังผู้ป่วยกลับบ้าน มารดาแจ้งว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แข็งแรงดี ไม่มีอาการผิดปกติ ไข้ลดลงจนกระทั่งไม่มีไข้ ไม่เหนื่อยหอบ รับประทานอาหารได้ปกติ ขับถ่ายปกติ ต่อม่าน้ำเหลืองที่คอไม่มีบวมโต ไม่มีผื่น จะมีอาการไอแห้งบ้างเล็กน้อยนานๆที รับประทานยาตามแพทย์สั่งครบถ้วนและตรงตามเวลา ไม่มีการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม แพทย์มีนัดตรวจ Echocardiogram ซ้ำ หลังรับประทานยา Aspirin ครบ 6 สัปดาห์ ผลตรวจ Echocardiogram แพทย์แจ้งผลปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคคาวาซากิ
2. เพื่อเป็นแบบแผนการปฏิบัติการดูแลด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคคาวาซากิ
3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคคาวาซากิ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคคาวาซากิปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจและตนเองสนใจ เป็นกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยควาซากิ 1 เรื่อง ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางใหญ่ โดยศึกษาข้อมูลของโรค ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค การพยาบาล เพื่อสามารถประเมินโรคได้และนำมาปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้
2. ศึกษาข้อมูลและซักประวัติข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วยและญาติ
3. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการของผู้ป่วย การดำเนินของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
4. ศึกษาและค้นคว้าองค์ความรู้จากตำราวิชาการ งานวิจัย และจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ต่างๆ
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ติดตามผลการดูแลรักษา การพยาบาลผู้ป่วยในขณะที่ทำการศึกษา
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ และจำหน่ายหรือส่งต่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
7. เรียบเรียงข้อมูลและเขียนเป็นเอกสารทางวิชาการ ให้กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงาน
8. จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

เป้าหมายของงาน

1. ผู้ป่วยควาซากิปลอดภัย ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและได้รับการพยาบาลอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ญาติผู้ดูแลเข้าใจภาวะของโรคควาซากิ แนวทางการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
3. บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความสามารถและทักษะในการประเมินโรคควาซากิและให้การพยาบาลผู้ป่วยควาซากิได้อย่างถูกต้อง
4. ผู้ป่วยโรคควาซากิได้รับการรักษา หรือ ได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็ว

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ศึกษากรณีศึกษา เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยควาซากิ จำนวน 1 เรื่อง

เชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยโรคควาซากิได้รับการรักษา การประเมินอาการ และคัดกรองเพื่อจัดระดับความรวดเร็ว การวางแผนการรักษา การพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม และได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องเกี่ยวกับตัวโรคและสามารถส่งตัวไปรักษาต่อได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที
3. ผู้ป่วยโรคควาซากิปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโป่งพอง เสียชีวิต และญาติเข้าใจสภาวะของโรค รับทราบข้อมูลการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
4. เพิ่มพูนความรู้ให้แก่ทีมพยาบาล มีแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคควาซากิอย่างถูกต้อง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางการนำมาพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคควาซากิ เช่น การซักประวัติเบื้องต้น ติดตามอาการของโรค สังเกตอาการ ประเมินอาการ การวินิจฉัย การให้พยาบาล และรายงานแพทย์เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างดียิ่งขึ้น
2. เป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนความรู้ทางวิชาการ และสามารถนำความรู้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคควาซากิ ผลลัพธ์การพยาบาล การรักษาเฉพาะของผู้ป่วยโรคควาซากิไปใช้ในการพัฒนางานต่อไป
3. สามารถใช้กรณีศึกษานี้เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการทั้งในหน่วยงาน นอกหน่วยงาน และผู้ที่สนใจแนวทางการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคควาซากิ
4. เพิ่มคุณค่าการให้บริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคควาซากิ
5. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคควาซากิ
6. ผู้ป่วยโรคควาซากิได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อได้อย่างรวดเร็ว และปลอดภัย
7. ญาติของผู้ป่วยพึงพอใจในการให้การพยาบาลของหอผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยเป็นเด็กอายุ 2 ปี 11 เดือน บอกความเจ็บป่วย ความต้องการของตนเองไม่ได้แน่ชัด ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ และใช้ความสามารถเป็นพิเศษในการให้ความช่วยเหลือพยาบาล
2. โรคควาซากิ เป็นโรคที่มีการให้ความรู้ยังไม่ทั่วถึง ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและวิธีการรักษา เนื่องจากขาดความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจผิด และความกังวลมากจากการค้นคว้าตามสื่อออนไลน์ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคได้อย่างถูกต้อง พร้อมเปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถาม อธิบายสาเหตุ ความรุนแรงของโรค การรักษา ให้ข้อมูลและเหตุผลของการรักษาโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ญาติเกิดความเข้าใจ มั่นใจและยอมรับการรักษามากขึ้น รับฟังความรู้สึกไม่สบายใจ และแสดงความเห็นใจ
3. โรคควาซากิ เป็นโรคที่ต้องติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่อย ต้องส่งเลือดตรวจเป็นระยะ ดังนั้นในการให้การรักษายาบาลแต่ละครั้ง ต้องอธิบายให้บิดามารดา และญาติเข้าใจ เพื่อความร่วมมือที่ดี
4. ญาติดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยมีไข้สูง ไม่ยอมรับประทานยาลดไข้ มารดาก็ไม่กระตุ้นให้รับประทานยาและไม่แจ้งพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือดูแล ทำให้ไข้ไม่ลดลงและอุณหภูมิสูงขึ้น ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำจากการมีต่อมน้ำเหลืองที่คอบวมโต และเจ็บ มารดาก็ไม่กระตุ้นผู้ป่วยรับประทานอาหาร ปลอบใจให้ผู้ป่วยนอนดูโทรทัศน์และนอนหลับเป็นส่วนมาก
5. ผู้ป่วยเด็ก กลัวแพทย์และพยาบาล ไม่ให้เข้าใกล้ ไม่ยอมให้ตรวจร่างกาย และเจาะเลือดติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ทำให้เข้าถึงตัวผู้ป่วยได้ยากและใช้เวลาในการติดตามอาการผู้ป่วย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. โรงพยาบาลบางใหญ่ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิต
2. โรงพยาบาลบางใหญ่ไม่มีอุปกรณ์ และเครื่องตรวจเฉพาะทางในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิต เช่น เครื่องทำอัลตราซาวด์ของหัวใจ Echocardiogram
3. โรคความดันโลหิต เป็นโรคที่ต้องมียาเฉพาะในการรักษา โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษา จึงต้องมีการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพ ดังนั้นต้องมีการอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในความจำเป็น และประโยชน์ในการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น

9. ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์ทุกแผนก ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตที่ถูกต้อง เพื่อให้คำแนะนำ ให้การพยาบาล และรักษาได้ถูกต้อง รวดเร็วมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. จัดให้มีการประชุมเกี่ยวกับโรคที่แปลกใหม่ และโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล เช่น โรคความดันโลหิต ในหน่วยงานหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ทั้งสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง แบบแผนการรักษา การเฝ้าระวัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม
3. มีการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญและข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์ของผู้ป่วยและญาติสู่โรงพยาบาล ที่ต้องการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อ เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดการเข้าใจที่ตรงกัน
4. ควรมีการให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตที่ถูกต้องแก่ญาติผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวอภิตี ภัทรสถาพรกุล สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....อภิตี ภัทรสถาพรกุล.....

(นางสาวอภิตี ภัทรสถาพรกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่.....๑...../.....๑๑...../ ๒๕๖๑.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอภิรดี ภัทรสถาพรกุล	อภิรดี ภัทรสถาพรกุล
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
 (นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่
 วันที่...../...../20๒8

ลงชื่อ
 (นางวิชา เวชยันต์ศฤงคาร)
 (ตำแหน่ง)ผู้อำนวยการในตำแหน่ง
 (ตำแหน่ง)ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่
 (วันที่) 11 / 11 S.A. 2568

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง โปสเตอร์ให้ความรู้สำหรับญาติผู้ป่วยและพยาบาลเรื่อง โรคคาวาซากิ
2. หลักการและเหตุผล

โรคคาวาซากิ เป็นโรคที่มีการอักเสบของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่คาดว่าน่าจะเกี่ยวกับการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสบางชนิด เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองรุนแรงผิดปกติ ผู้ป่วยมักมีไข้สูงหลายวัน ตาแดง ปากแดง เป็นลักษณะเด่นที่แยกโรคนี้จากไข้หวัดธรรมดาได้ สิ่งที่สำคัญสำหรับโรคนี้คือ อาจพบกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและหลอดเลือดหัวใจโป่งพองเป็นภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายตั้งแต่อายุน้อยได้ ถ้าพบแพทย์เร็วให้การรักษาด้วยยาในระยะแรกของโรค จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดเหล่านี้ได้ โดยถ้าไม่รักษาจะเกิดภาวะแทรกซ้อนเกินร้อยละ 30 แต่เมื่อให้ยาแล้วจะเหลือต่ำกว่าร้อยละ 5 ทั้งยังทำให้อาการไข้หายอย่างรวดเร็วด้วยการรักษาโดยให้ยา Intravenous Immunoglobulin ยานี้เป็นภูมิคุ้มกันชนิดเข้มข้น มีต้นทุนที่สูงเนื่องจากต้องใช้กระบวนการผลิตที่ยุ่งยาก ซับซ้อน จึงจะปลอดภัยในการนำมาใช้ แต่สิทธิในหลักประกันสุขภาพครอบคลุมการใช้นี้ได้ในโรคคาวาซากิ เด็กที่เป็นโรคนี้ต้องได้รับการติดตามโดยกุมารแพทย์โรคหัวใจด้วยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นใน 2 - 3 เดือนก็สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ เพียงแต่ปรับระยะเวลาการให้วัคซีนบางชนิดให้เหมาะสม ในกรณีที่มีหลอดเลือดหัวใจโป่งพอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยา Aspirin ไปจนกว่าหลอดเลือดหัวใจจะกลับมาเป็นปกติ ในบางรายอาจต้องไปสวนหัวใจหรือผ่าตัดเพื่อขยายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เพื่อป้องกันการเสียชีวิต

โรคคาวาซากิพบมากในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่น เกาหลีและไต้หวัน พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า โรคคาวาซากิในประเทศไทยพบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2519 เป็นโรคที่พบไม่บ่อย โดยจะพบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคคาวาซากิประมาณ 200 - 300 รายต่อปี ปัจจุบันยังไม่มีกรณีวินิจฉัยเฉพาะ ดังนั้น จึงต้องอาศัยอาการทางคลินิกคือ มีไข้ติดต่อกันมากกว่า 5 วัน ร่วมกับอาการแสดง 4 ใน 5 ข้อ ได้แก่ ผื่น ตาแดง อาการเปลี่ยนแปลงริมฝีปากและในช่องปาก การเปลี่ยนแปลงของมือและเท้าบวมแดง ซึ่งในลักษณะหลังอาจพบการลอกของผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า และต่อมน้ำเหลืองที่คอโต จัดอยู่ในกลุ่ม Kawasaki disease ดังนั้น ผู้ป่วยโรคคาวาซากิที่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ก็จะลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้มากขึ้น รวมทั้งการเสียชีวิตจากโรคคาวาซากิลดลง

จากข้อมูลสถิติ หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี มีผู้ป่วยมาด้วยกลุ่มอาการ Mucocutaneous lymph node syndrome (Kawasaki disease) ทั้งหมด ย้อนหลัง 3 ปี ในงบประมาณ พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 จำนวน 0 , 0 และ 3 รายตามลำดับ เพศชาย 2 คน และ เพศหญิง 1 คน ถึงแม้ตัวเลขสถิติอาจจะน้อย แต่ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดหลอดเลือดอักเสบ หรือ เกิดโรคหัวใจ รวมถึงการเสียชีวิตสูง ทำให้เกิดการสูญเสียก่อนวัยอันควร อาจเกิดความไม่เข้าใจ การไม่ยอมรับในการสูญเสีย และกล่าวโทษการวินิจฉัย ความล่าช้าของการรักษา การพยาบาลแก่โรงพยาบาลได้ จึงได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคคาวาซากิ อาการของโรค การวินิจฉัย การดูแล การรักษา เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อน

จึงได้จัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้สำหรับญาติผู้ป่วยและพยาบาลเรื่องโรคควาซากิ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค อากาการ การดำเนินของโรค การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนของโรค เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับ พยาบาลในการสังเกตอาการของโรค และรายงานแพทย์ได้ เพื่อให้ได้รับการรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดความล่าช้าในการรักษาและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคควาซากิ รวมถึงผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมีความรู้ในการปฏิบัติตัว ดูแลรักษาและ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการเสียชีวิตได้

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคควาซากิ การประเมินสุขภาพและการตรวจร่างกายของพยาบาลแรก รับ รวมทั้งการติดตามอาการและอาการแสดงหลัก ตามเกณฑ์การวินิจฉัย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงไม่ครบตามเกณฑ์ การประเมินอาการแสดงร่วมกับการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นสิ่งสำคัญที่สนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์ เพื่อการรักษา หากโรคนี้ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการอักเสบของหลอดเลือดโคโรนารี เกิดการโป่งพองและอุดตันทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดภาวะหัวใจวาย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ถึงอาการและอาการแสดงของโรคควาซากิ รวมถึงการวินิจฉัยโรคควาซากิ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การพยาบาลที่ถูกต้องและการรายงานแพทย์ที่รวดเร็ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดการอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่เกิดจากการดำเนินของโรค การให้ข้อมูลการรักษาให้ญาติทราบเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามหลัก Family centered care หรือ การให้บริการสุขภาพ โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นการเข้าถึงการให้บริการสุขภาพที่ทำให้เห็นชัดเจนขึ้นในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการประสานงานกัน ทำให้เกิดความมั่นใจในสุขภาพและสภาวะของผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัว ตลอดจนการให้คำแนะนำ เมื่อส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคควาซากิ และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคควาซากิ ได้ปลอดภัยหายจากโรค และไม่เกิดอาการแทรกซ้อน สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ
2. ผู้ป่วยโรคควาซากิได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตจากการ เจ็บป่วยด้วยโรคควาซากิ
3. มีโปสเตอร์ให้ความรู้สำหรับญาติผู้ป่วยและพยาบาลเรื่อง โรคควาซากิ มาใช้ในหน่วยงานหอผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคควาซากิ
4. เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานพยาบาล และเป็นแนวทางสำหรับนักศึกษาพยาบาล และผู้สนใจ
5. ญาติผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปมีความรู้เรื่องโรคควาซากิและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง
6. ผู้ป่วยโรคควาซากิ และญาติที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีโปสเตอร์ให้ความรู้สำหรับญาติผู้ป่วยและพยาบาลเรื่อง โรคควาซากิ จำนวน 1 เรื่อง
2. ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคควาซากิขณะดูแล
3. ไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคควาซากิ

(ลงชื่อ) อภิรัตน์ ภัทรสถาพรกุล

(นางสาวอภิรัตน์ ภัทรสถาพรกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 2 / ๒๕ / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ 4 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวอภิรดี ภัทรสถาพรกุล

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	28
3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	28
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	8
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร การประสานงาน ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	8
รวม	100	90

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) / ๒๕๖๘

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

(✓) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

.....

ลงชื่อผู้ประเมิน
 (นางวิชญา เวชยันต์ศฤงคาร)
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่
 (วันที่) 11 S.A. 2568

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
 อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

3.ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

(/) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล)

.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี)

(ตำแหน่ง) ข้าราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๖ เม.ย. ๒๕๖๓

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวติมาพร ขำนัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	๒๑๐๑๖๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	๒๑๐๑๖๔	เลื่อนระดับ
		พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis (DKA)” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาคู่มือการปรับพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวาน” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis (DKA)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มกราคม 2568 – 30 กรกฎาคม 2568
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมาเป็นระยะเวลา 8 ปีปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบางบัวทอง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ปฏิบัติการพยาบาลให้อยู่ในมาตรฐานและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โดย 5 อันดับโรคที่เข้ารับการรักษาคือ โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) โรคหอบหืดเรื้อรัง (COPD) การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure: CHF) และโรคเบาหวาน (DM) งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลบางบัวทอง เป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติทุกสาขาอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม และศัลยกรรมกระดูกและข้อ พบว่าในปี พ.ศ. 2564 – 2567 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดทั้งหมด 162, 200, 258, 279 ตามระดับ มีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA) และมีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 8, 9, 10, 11 ตามระดับ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีเป้าหมายที่สำคัญคือการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวโดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตัวเองภายหลังการจำหน่ายจึงมีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้มีพฤติกรรมดูแลตัวเองที่เหมาะสม

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

Diabetic ketoacidosis (DKA) เป็นภาวะที่ร่างกายเป็นกรด (acidosis) สืบเนื่องจากมีคีโตนสูงในเลือด (ketonemia) ร่วมกับมีระดับน้ำตาลสูงในเลือด (hyperglycemia) และภาวะเลือดเป็นกรดที่มีผลต่างระหว่างประจุ (metabolic high anion gap acidosis) ซึ่งเป็นผลจากการขาดอินซูลิน (insulin)

พยาธิสภาพ

1. ระดับน้ำตาลสูงในเลือด จากกระบวนการ glycogenolysis และ gluconeogenesis ซึ่งจะส่งเสริมให้มีระดับน้ำตาลสูงในเลือดเพิ่มมากขึ้น
2. Ketosis เนื่องจากกระบวนการสลายไขมัน (lipolysis) และมีการสร้างคีโตน (ketogenesis) เพิ่มขึ้นทำให้มีคีโตนสูงในเลือดและคีโตนที่สูงในเลือดจะรั่วออกมาในปัสสาวะ (ketonuria)
3. ไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด (hypertriglyceridemia)
4. Osmotic diuresis จากภาวะน้ำตาลสูงในเลือด ทำให้มีกลูโคสรั่วออกมาในปัสสาวะ (glycosuria) เพิ่มขึ้น ซึ่งการรั่วของกลูโคสจะทำให้เกลือแร่ต่าง ๆ ออกมาในปัสสาวะด้วย เช่น โซเดียม โพแทสเซียม ฟอสเฟต และอื่น ๆ ทำให้เกิด ภาวะเสียสมดุลเกลือแร่ (electrolyte imbalance) ตามมา

5. ภาวะขาดน้ำ (dehydration) เกิดจากภาวะน้ำตาลสูงในเลือดทำให้มีการรั่วของกลูโคสออกมาในปัสสาวะเพิ่มขึ้น และการรั่วของกลูโคสทำให้มีการสูญเสียน้ำออกมาทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น (osmotic diuresis) ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำ

อาการและอาการแสดงของ Diabetic ketoacidosis (DKA)

1. ภาวะขาดน้ำ เช่น ความดันเลือดต่ำ ชีพจรเร็ว ในรายที่มีภาวะขาดน้ำมากอาจจะมีอาการช็อก
2. หายใจหอบลึกแบบ Kussmaul breathing
3. คลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้อง
4. ระดับการรับรู้ลดลง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. CBC, electrolyte, BUN/Cr, lactate, venous หรือ arterial blood gas, serum osmolality, beta-hydroxybutyrate หรือ serum ketones

หมายเหตุ : โรงพยาบาลบางบัวทองยังไม่มีเครื่องตรวจ beta-hydroxybutyrate พิจารณาตรวจ serum ketone แทน

การวินิจฉัย

Diabetic ketoacidosis (DKA) ถูกวินิจฉัยด้วย triad ดังนี้ hyperglycemia, ketonemia และ metabolic acidosis

1. plasma glucose > 250 มก/ดล.

หมายเหตุ : แต่ผู้ที่อดอาหารมานาน ตีเมแอลกอฮอล์ หรือตั้งครรภ์ก็อาจเกิด euglycemic diabetic ketoacidosis ซึ่งมี plasma glucose สูงไม่มากได้

2. มีภาวะกรดเมตาบอลิกชนิด anion gap กว้าง
 - serum $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mEq/L}$ และค่า arterial pH < 7.3
 - anion gap > 12
3. ตรวจพบคีโตนในเลือดหรือ หรือ ketone ในปัสสาวะ > 2+

การประเมินผู้ป่วย

นอกจากประเมินสัญญาณชีพ ภาวะขาดน้ำ การหายใจ ระดับความรู้สึกตัว

1. ตรวจเลือดและปัสสาวะและตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค
 - Blood glucose
 - Urine ketone และ glucose
 - BUN, serum creatinine, electrolytes, calcium, phosphate, magnesium, albumin
 - Venous blood gases เพื่อประเมิน pH, PCO_2 และ base excess

- EKG เพื่อประเมินภาวะโพแทสเซียมผิดปกติในเลือดเพื่อการรักษาเร่งด่วน (ในกรณีที่การตรวจระดับโพแทสเซียมในเลือดได้ผลช้า)
 - 2. เพื่อหาสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA)
 - CBC
 - เพาะเชื้อในเลือด (hemoculture)
 - ตรวจปัสสาวะ (urinalysis) และเพาะเชื้อ (urine culture)
 - ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest X-ray)
 - 3. การตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน
 - Hemoglobin A1c (HbA1c)
 - Insulin และ C-peptide (ควรตรวจก่อนเริ่มให้ยาฉีด insulin)
 - Glutamic acid decarboxylase antibody (anti-GAD), islet antigen 2 antibody (IA2), insulin autoantibody (IAA), islet cell antibody (ICA), zinc transporter 8 antibody (ZnT8A)
- หมายเหตุ ข้อ 3.2 และ 3.3 เฉพาะกรณีที่เป็นรายใหม่และในสถาบันที่ตรวจได้

เป้าหมายการรักษาภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA)

1. แก้ไขภาวะขาดน้ำ
2. แก้ไขภาวะ metabolic acidosis และ ketosis
3. ลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ
4. หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา DKA
5. ค้นหาและรักษาปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะ DKA

การรักษา

มุ่งให้ระดับน้ำตาลและเกลือแร่ในกายเป็นปกติ ชดเชยสารน้ำในร่างกาย และรักษาภาวะ metabolic acidosis การรักษาต้องคำนึงถึงการป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรงและระบบหายใจล้มเหลวด้วย

1. ควรประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษา
2. การบริหารสารน้ำทดแทนใช้ 0.9% NaCl ควรให้ 0.9% NaCl เข้าทางหลอดเลือดในอัตรา 15-20 มล./กก. และประเมินสัญญาณชีพพร้อมกับปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง

กรณีผู้ป่วยมีภาวะ hyponatremia สารน้ำ 0.9% NaCl ในอัตรา 250-500 มล./ชม.

กรณีผู้ป่วยมีภาวะ hypernatremia สารน้ำ NSS/2 ในอัตรา 250-500 มล./ชม.

เป้าหมายเพื่อให้มีปัสสาวะออก 0.5-1 มล./กก./ชม. จึงจะแสดงว่าร่างกายได้รับสารน้ำเพียงพอ

ข้อควรระวัง : สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจหรือโรคไตอยู่เดิมควรระวังการให้สารน้ำที่เร็วเกินไป เพราะอาจเกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema)

3. การบริหารอินซูลิน (regular insulin: RI)

3.1 หยดเข้าในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูงควรรักษาด้วยการให้อินซูลินฉีดเข้ากระแสเลือด โดยเริ่มด้วยฉีดอินซูลิน 0.1 ยูนิต/กก. เข้าหลอดเลือด ตามด้วยหยดต่อเนื่องในอัตรา 0.1 ยูนิต/กก./ชม. ควรให้จนกระทั่ง anion gap เป็นปกติและระดับน้ำตาลในเลือด < 200 มก./ดล

3.2 ควรตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดทุกชั่วโมง ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดปกติหรือต่ำในขณะที่ anion gap ยังคงกว้างอยู่ก็ไม่ต้องหยุดการให้อินซูลิน แต่ควรให้ฉีดกลูโคสเข้าหลอดเลือดพร้อมกับลดระดับของอินซูลินที่หยดเข้าเส้นเลือดลงบ้าง ภายหลังให้อินซูลินเข้าสู่กระแสเลือดไปนาน 1 ชั่วโมงแล้ว พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง < 10% ก็ควรให้อินซูลินฉีดเข้าหลอดเลือดอีก 0.14 ยูนิต/กก. และเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอีก 1 ชั่วโมงต่อมา

เป้าหมายคือควรลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ในอัตรา 50-75 มก./ดล./ชม. ใน DKA นั้นเมื่อรักษาจนระดับน้ำตาลในเลือด $\leq$ 200 มก./ดล. แล้วก็ควรลดอัตราอินซูลินให้เป็น 0.02-0.05 ยูนิต/กก./ชม. พร้อมกับเปลี่ยนสารน้ำให้เป็น 5% D/NSS/2 ในอัตรา 150-250 มล./ชม. และคงระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 150-200 มก./ดล.

3.2 ผู้ป่วยควรได้รับ short-acting insulin ต่อไปอย่างน้อยประมาณ 24-48 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่ หลังจากนั้นก็เปลี่ยนเป็น intermediate-acting insulin (NPH) ต่อไป

4. การบริหารโพแทสเซียมทดแทน

เมื่อผู้ป่วยมีภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) ก็จะมีภาวะขาดโพแทสเซียมร่วมเสมอ ดังนั้นหลังจากการรักษาด้วยอินซูลินและสารน้ำทดแทนก็จะทำให้โพแทสเซียมเคลื่อนเข้าสู่เซลล์และมีการขับโพแทสเซียมออกทางปัสสาวะมากขึ้นจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดปกติและกล้ามเนื้ออ่อนแรงตามมาได้ ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการทดแทนดังนี้

4.1 ควรให้โพแทสเซียมทดแทนตั้งแต่เริ่มให้ Regular insulin ชั่วโมงแรก ยกเว้นผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะหรือระดับ serum potassium มากกว่า 5 mEq/L

4.2 ถ้าระดับ K < 3 mEq/L ให้ KCL 20-30 mEq ต่อชั่วโมง

K = 3-4 mEq/L ให้ KCL 10 mEq ต่อชั่วโมง

K = 4-5 mEq/L ให้ KCL 5 mEq ต่อชั่วโมง

5. การพิจารณาให้โซเดียมคาร์บอเนต

กรณี arterial blood gas pH < 6.9 ควรให้สารไบคาร์บอเนต 100 มิลลิโมล ผสมในน้ำ 400 มล. เข้าสู่กระแสเลือด รวมทั้งควรเพิ่มโพแทสเซียม 20 mEq ร่วมด้วยโดยให้ทั้งหมดเข้าสู่เลือดนาน > 2 ชั่วโมง

ข้อควรระวังการให้ 7.5% NaHCO₃ ทางหลอดเลือดดำ

ควรระวัง hypokalemia หรือสมองบวมน้ำตามาได้ รวมทั้งระดับ lactate และระดับ serum ketone ลดลงได้ช้า

6. การรักษาสาเหตุกระตุ้น เช่น ให้อาสาเชื่อในรายที่พบว่ามีกรดคีโตน

7. การรักษาในระยะต่อเนื่อง

การเปลี่ยนจากอินซูลินทางหลอดเลือดดำมาเป็นอินซูลินฉีดใต้ผิวหนัง

หลังจากการให้การรักษาช่างต้นไปแล้ว แนะนำให้อินซูลินทางหลอดเลือดดำไปจนกว่าระดับ คีโตนในเลือดจะน้อยกว่า 0.6 mmol/L และ pH > 7.3 โดยไม่ใช้ระดับ serum bicarbonate ในการประเมิน การหายจาก DKA เนื่องจากอาจมีภาวะ hyperchloremic metabolic acidosis ร่วมด้วยได้

Resolution ของ Diabetic

- 1.1 ระดับน้ำตาลในเลือด < 200 มก/ดล
- 1.2 ระดับ serum bicarbonate > 15 มก/ดล
- 1.3 ระดับ arterial pH > 7.3
- 1.4 Anion gap < 12 มก/ดล

เมื่อผู้ป่วยหายจากภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) แล้วให้พิจารณาเปลี่ยนเป็นอินซูลินฉีดใต้ผิวหนัง แนะนำให้ฉีดยาอินซูลินไปอย่างน้อย 30 – 60 นาทีก่อนที่จะหยุดอินซูลินทางหลอดเลือดดำ

โดยกรณีฉีดยาอินซูลินอยู่เดิมและมีการควบคุมระดับน้ำตาลได้พอสมควร (HbA1c <8%) อาจพิจารณาใช้ อินซูลินสูตร และขนาดเดิมได้

กรณีเดิมใช้ basal-bolus insulin

แนะนำให้ฉีด basal insulin ตามเดิมในขณะที่ให้การรักษ Diabetic ketoacidosis DKA ด้วยอินซูลิน ทางหลอดเลือดดำและเมื่อหายจาก Diabetic ketoacidosis (DKA) แล้ว ให้ฉีดยาอินซูลินออกฤทธิ์สั้นก่อน อาหาร อย่างน้อย 30 – 60 นาที ก่อนหยุดอินซูลินทางหลอดเลือดดำ

กรณีเดิมใช้ premixed insulin

สามารถฉีดยา pre-mixed insulin ก่อนอาหาร เข้าและเย็นตามเดิมได้ โดยหยุดยาอินซูลินทางหลอดเลือดดำ 30 – 60 นาที หลังฉีดยาอินซูลินใต้ผิวหนัง

กรณีผู้ป่วยไม่เคยฉีดยาอินซูลิน

แนะนำให้คำนวณขนาดอินซูลินที่ใช้ต่อวัน (total daily dose, TDD) 0.5 – 0.75 units/kg/day โดย กรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะของภาวะคีโตอินซูลิน เช่น อ้วน หรือเป็นวัยรุ่น ให้พิจารณาใช้ 75 units/kg/day โดย แบ่งเป็น basal insulin 50% และ prandial insulin 50% โดยมีการติดตามระดับน้ำตาลอย่างใกล้ชิดเนื่องจาก ความต้องการอินซูลินอาจค่อยๆลดลงได้หลังจากที่หายจากภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA)

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะ Ketosis ในระยะวิกฤต

(นุระพี สุทธิกุล, สุมาลี จารุสุขถาวร, และ เขียวภา พรเวียง, 2564)

1. ระยะวิกฤต
 - 1.1 ให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ
 - 1.2 วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและบันทึก 1/0
 - 1.3 ดูแลให้ได้รับ Insulin infusion อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

- 1.4 เจาะติดตาม DTX / BS ทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวังการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดและ ปรับเปลี่ยนสารน้ำที่มี Dextrose และทดแทน electrolyte ทันทีตามแผนการรักษา
- 1.5 ถ้าระดับน้ำตาลเหลือ 200 mg% ให้ 5% Dextrose และถ้าระดับน้ำตาล 150 mg% ให้ 7.5-12.5% Dextrose
- 1.6 ติดตามผล Electrolyte, VBG ทุก 2-4 ชั่วโมง
- 1.7 ติดตามผล Serum Ketone, Urine Ketone ทุก 6 ชั่วโมง และ BUN, Cr, Ca, PO4 ตามแผนการรักษา
- 1.8 การทดแทน K เริ่มเมื่อ K +43.3 mEq/L (keep 4-5mEq/1)
- 1.9 การทดแทน HCO₃ จะเริ่มเมื่อ pH 6.9 (keep PH > 7.0) ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำใน 12-24 ชั่วโมงแรก
2. ระยะหลังวิกฤต
 - 2.1 วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง โดยบันทึกลักษณะคลื่นลมหายใจ
 - 2.2 เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำผิดปกติ
 - 2.3 ติดตามประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่
 - ระดับน้ำตาลในเลือดระดับคีโตนในเลือดตามแผนการรักษาหรือทุก 4 ชั่วโมง
 - ระดับอิเล็กโทรไลต์ได้แก่ โพแทสเซียม โซเดียมไบคาร์บอเนต ฟอสฟอรัส
 - ภาวะความเป็นกรดในเลือด
 - 2.4 ติดตามและบันทึกการให้สารน้ำทางเส้นเลือดเพื่อประเมินสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง
 - 2.5 ติดตามและบันทึกการรับประทานอาหารทางปากหรือทางสายยาง
 - 2.6 ติดตามและบันทึกการให้อินซูลินทั้งทางเส้นเลือดและชั้นใต้ผิวหนัง พร้อมทั้งติดตามระดับน้ำตาลในเลือด
 - 2.7 ประเมินการปฏิบัติตนและค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะ DKA เพื่อนำไปวางแผนจำหน่าย
3. ระยะวางแผนจำหน่าย
 - 3.1 วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 – 8 ชั่วโมง
 - 3.2 เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำผิดปกติติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาหรือทุก 4 ชั่วโมง
 - 3.3 เสริมสร้างพลังด้วยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้คำแนะนำและแหล่งประโยชน์
 - 3.4 ทบทวนความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลตนเองขณะอยู่บ้านและการจัดการตนเองในวันที่ป่วย การสังเกตภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ-สูงและการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การป้องกันการเกิดภาวะ DKA ซ้ำ
 - 3.5 สอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น การฉีดอินซูลิน การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง
 - 3.6 พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว

- 3.7 ติดตามและประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย
- 4. ระยะกลับมาตรวจตามนัดและติดตามต่อเนื่อง
 - 4.1 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการกลับมาตรวจซ้ำตามนัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 - 4.2 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งให้กำลังใจในการดูแลตนเอง และกระตุ้นเตือนการกลับมาตรวจตามแพทย์นัด
 - 4.3 การให้คำแนะนำและความรู้ตามปัญหาของผู้ป่วย ประสานงานหน่วยงานปฐมภูมิในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง ประเมินพฤติกรรมซ้ำและผลลัพธ์ในการจัดการตนเอง

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 18 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ประกอบอาชีพลูกจ้างประจำ สถานภาพ โสด น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร รับไว้รักษาเมื่อ 26 กรกฎาคม 2568 เวลา 18.40 น. ด้วยอาการสำคัญ เหนื่อยหอบ มากขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติความเจ็บป่วย ปัจจุบัน 1 สัปดาห์ก่อน มาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย ปวดท้อง ไม่มีใช้ประวัติการเจ็บป่วยเป็น DM type 1 มา 7 ปี ตรวจพบตอนอายุ 11 ขวบ ตรวจตามนัดแบบสม่ำเสมอ ไม่เคยขาดยา ตั้งแต่ปี 2564 และชอบดื่ม น้ำอัดลมเป็นประจำ

แกร็บที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช วันที่ 26 กรกฎาคม 2568 เวลา 18.40 น. ระดับความรู้สึกตัวตื่น (Alert) ความดันโลหิต 144/96 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 146 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที O₂ saturation 97 % DTX 555 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Gas glow coma score เท่ากับ 15 คะแนน (E4V5M6) pupil 3 มิลลิเมตร ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงไฟทั้งสองข้าง ได้รับการรักษา โดยให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที อินซูลิน (Regular Insulin:RI) 4 ยูนิต ฉีด ทางหลอดเลือดดำทันที 0.9%NaCl 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ (ขวดที่ 1) หลัง load 0.9%NaCl 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ครอบคลุมแผนการรักษา ผลการตรวจ DTX ชั่ว พบ 580 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์ มีคำสั่งการรักษาให้ Regular 100 unit ผสมใน 0.9%NaCl 100 มิลลิลิตร start 5 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และส่ง serum ketone, urine ketone, Arterial Blood Gass, Electrolyte, Blood sugar, CBC,BUN, Creatinine, Calcium, Magnesium, Phosphate, TroponinT, PT, PTT, INR, Hemoculture จำนวน 2 ขวด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ DTX 707 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร serum ketone 40 มิลลิโมล ต่อลิตร HbA1C 14.9% ตรวจ Electrolyte พบ Na 120 มิลลิโมลต่อลิตร K 3.29 มิลลิโมลต่อลิตร CL 78.7 มิลลิโมลต่อลิตร CO₂ 17.2 มิลลิโมลต่อลิตร Lactate 3.0 มิลลิโมลต่อลิตร Anion gap 27.4 mEq/L ตรวจโลหิตวิทยาพบ WBC 20,040 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร TroponinT 135 การวินิจฉัยโรค Diabetic ketoacidosis ผลการตรวจ วิเคราะห์ ABG คือ metabolic acidosis with mild hypoxemia ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ทาง หลอดเลือดดำทันทีหลังจากนั้นปรับให้ Ceftriaxone 2 กรัม วันละครั้ง ในระหว่างอยู่ที่งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ติดตาม DTX ทุกหนึ่งชั่วโมงอยู่ระหว่าง 379 – 444 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์ให้ยา อินซูลิน (RI) 100 ยูนิต ผสมใน 0.9% NaCl 100 มิลลิลิตร อยู่ที อัตรา 5 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง คงเดิม แต่เวลา 21.00 น. ผู้ป่วยเริ่มซึมลง Gas glow coma score เท่ากับ 15 คะแนน (E4V5M6) เหนื่อยหอบมากขึ้น อัตรา การหายใจ 30 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้การรักษาใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลึก 22 เซนติเมตร 0.9%NaCl 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ (ขวดที่ 2) หลัง load 0.9%NaCl 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ ครบ ต่อเป็น อัตรา 120 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ให้ 0.45% NaCl 1000 มิลลิลิตร ผสม KCL 20 mEq ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 200 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง

ย้ายเข้าหอผู้ป่วย วันที่ 27 กรกฎาคม 2568 เวลา 24.00 น. แกร็บที่งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4VTM6 ความดันโลหิต 98/67 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat 100 %, on ETT with Ventilator PSV mode PS 12 PEEP 5 Fio₂ 0.3 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง Tidal volume 420 ml Minute ventilation 4.2 L/min DTX ติดตามที่ 1 ชั่วโมงหลังย้ายเข้างานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ได้ 256 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รายงานแพทย์ให้ลด RI 100 unit ผสม NSS 100 มิลลิลิตร เหลืออัตรา 4 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และติดตาม DTX ทุก 1 ชั่วโมง เวลา 03.00 น. DTX ได้ 256 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รายงานแพทย์ให้ลด RI 100 unit ผสม 0.9%NaCl 100 มิลลิลิตร เหลือ 1 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และให้ 5%DN/2 1000 ml intravenous rate 100 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง เมื่อระดับ DTX อยู่ระหว่าง 200-250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ติดตาม DTX ทุก 2 ชั่วโมง retained Foley's catheter งดน้ำและอาหารทางปากยกเว้นยา ตรวจเลือดดู Electrolyte ทุก 4 ชั่วโมง ผลเลือด K 2.56 mmol/L ให้ Elixir KCL 30 มิลลิกรัม ทุก 2 ชั่วโมง จำนวน 2 dose intake/output

คือ 2,458 มิลลิกรัม/800 มิลลิกรัม เวลา 17.00 น DTX 177 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รายงานแพทย์จึงหยุดให้ยาอินซูลินทางหลอดเลือดดำ รักษาให้อยู่ระหว่างค่าเป้าหมาย 80-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยการให้ยาอินซูลินฉีดทางชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous) NPH 10 unit ฉีดทางชั้นใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเวลาเช้าและก่อนนอน คู่กับ Regular insulin 6 unit ฉีดทางชั้นใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเวลาเช้า กลางวัน และเย็น

วันที่ 28 กรกฎาคม 2568 สามารถนำออกซิเจนออกได้ อาการทั่วไปปกติ ยังคงฉีดอินซูลินทางชั้นใต้ผิวหนังคือ NPH 10 unit ฉีดทางชั้นใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเวลาเช้า กลางวัน และเย็น

วันที่ 29 กรกฎาคม 2568 เวลา 10.00 น. อาการทั่วไป ปกติ หยุดการให้ยาปฏิชีวนะ และ Off Foley's Catheter แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน และนัดมาติดตามผลการรักษาตามสิทธิการรักษาเดิมคือโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ให้ผู้ป่วยตรวจตามนัดเดิมคือวันที่ 30 กรกฎาคม 2568 ให้รับประทานยาเดิมยากลับบ้านดังนี้ยาฉีดอินซูลิน Mixtard (70/30) 14 ยูนิต ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังก่อนอาหารเช้าและ 8 ยูนิตก่อนอาหารเย็น

ได้ให้การพยาบาลศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาล ตามลำดับความสำคัญของปัญหาทั้ง 4 ข้อ โดยแบ่งเป็นระยะวิกฤต และระยะฟื้นฟูดังนี้

ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากภาวะ Diabetic ketoacidosis

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง เกลือแร่ เนื่องจากภาวะ Diabetic ketoacidosis

ระยะฟื้นฟู

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA)
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ คือ กรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA) ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้กรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA) รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น จากตำราวารสารและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
4. ร่วมปรึกษาแนวทางการรักษาร่วมกับอายุรแพทย์และปรึกษาแนวทางการพยาบาลชำนาญการ
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
6. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
7. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
8. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
9. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA)

2. เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษาภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA)
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน ภายหลังการจำหน่ายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและไม่กลับมาเป็นซ้ำ
5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ได้กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA) 1 เรื่อง

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA) ได้รับการประเมินค้นหาความเสี่ยง เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ภาวะฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกเริ่ม ได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพถูกต้อง และเหมาะสม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ช่วยให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมไม่กลับมา Re – admit แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 29 กรกฎาคม 2568 นัดติดตามอาการวันที่ 30 กรกฎาคม 2568 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 4 วัน ส่งต่อข้อมูลติดตามการเยี่ยม ได้ให้การพยาบาลศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาล ตามลำดับความสำคัญของปัญหาทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากภาวะ Diabetic ketoacidosis

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง กลือแร่ เนื่องจากภาวะ Diabetic ketoacidosis

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย

ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้มีการวางแผนการจำหน่าย และปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ต่อตนเอง

- ได้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA)
- เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษาเกี่ยวกับอาหารและพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยสอดคล้องกับนโยบายกองควบคุมโรคไม่ติดต่อในเรื่องของ DM remission เพื่อการวางแผนการจำหน่ายกลับบ้านให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในแต่ละราย

6.2 ต่อหน่วยงาน

- ได้จัดทำคู่มือการปรับพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวานให้หน่วยงานเพื่อใช้สำหรับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในระยะการจำหน่าย

6.3 ต่อผู้รับบริการ

- ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA) ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล รวดเร็ว และเหมาะสม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ด้านผู้ป่วยรายนี้ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ตรวจเจอตั้งแต่อายุ 11 ปี หลังจากนั้นตรวจติดตามอาการตามนัดมาตลอด ไม่เคยขาดยา เคยมีปัญหามีภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA) มาก่อน 1 ครั้งเมื่อปี 2566

แต่ยังไม่มีการหายใจล้มเหลว เกิดจากการขบดน้ำอัดลมและทานของหวานปริมาณมาก แต่ครั้งนี้มีอาการรุนแรงมีภาวะหายใจล้มเหลรร่วมด้วย (respiratory failure) ซึ่งหมายถึง ภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยอาจจะทำให้เกิดการลดลงของออกซิเจนในเลือดแดง (hypoxemia , $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) ส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษา หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจเกิดอันตรายแก่ชีวิต ซึ่งผู้ศึกษาจึงต้องมีการประเมินให้ครบถ้วนทั้งจากประวัติ อาการและอาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA) คือภาวะเลือดเป็นกรด หรือ ระบบหายใจล้มเหลวจึงจำเป็นต้องวางแผนการดูแลภายหลังจากจำหน่ายในเรื่องของการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรงพยาบาลบางบัวทอง Admit ด้วยเรื่องของ DKA มีภาวะแทรกซ้อนคือ respiratory failure ต้องใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษาจึงทำให้ซักประวัติจากผู้ป่วยได้ยาก ต้องซักประวัติจากญาติ และประสานกับงานเภสัชกรรมเพื่อตรวจสอบการรับยาของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

9. ข้อเสนอแนะ

- 9.1 ทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้รับการอบรมฟื้นฟูวิชาการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การพยาบาล มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล
- 9.2 การดูแลรักษาพยาบาลควรทำเป็นสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต
- 9.3 ควรมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยส่งต่อข้อมูลการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผ่านระบบ Smart COC โดยดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางสาวติมาพร ชำนาญ

สัดส่วนของผลงาน

ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางสาวติมาพร ขำนุ้ย)
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) 17 / 8 - 11 / 2564
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวติมาพร ขำนุ้ย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางสาวธิดา ภูแก้ว)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล
 (วันที่) 17 / 8 - 11 / 2564
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
 (ลงชื่อ)
 (นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ข้าราชการ)

1. เรื่อง การพัฒนาคู่มือการปรับพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวาน

2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่สูงขึ้น ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ภาวะกรดคีโตนในเลือดจากเบาหวาน (DKA) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและ เป็นภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันที่คุกคามชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะเมตาบอลิซึมบกพร่องอย่างรุนแรง ภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย (Diabetic ketoacidosis : DKA) เป็นภาวะที่เกิดจากร่างกายขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง (absolute insulin deficiency) เมื่อน้ำตาลในเลือดสูงแต่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เพื่อเป็น พลังงานได้จึงมีการสลายไขมัน (lipolysis) มาใช้เป็นพลังงานทดแทน การสลายไขมันทำให้เกิดกรดไขมัน และเปลี่ยนเป็นสาร คีโตน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของของภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง มักส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (T1DM) และมีลักษณะเด่นคือภาวะขาดอินซูลินและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะคีโตนในเลือดต่ำ และ/หรือภาวะคีโตนูเรีย ภาวะออสโมลาริตีในเลือดสูง และภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2567 มีผู้ป่วยรายใหม่ มีคนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 5.2 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 11 คน ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และยังพบผู้ป่วยที่มีภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) ในปี 2564 – 2567 เพิ่มขึ้นโดยมีจำนวนผู้ป่วย 11, 12 และ 14 รายในช่วงสามปีตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 9.09, 8.33 และ 10.71 ตามลำดับ โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต้องเผชิญกับความท้าทายในการดูแลตนเองเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม และจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานขึ้นตา (จอตาเสื่อม) เกิดแผลเบาหวานที่เท้า จากการเสื่อมของระบบประสาทรับรู้สีกและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและอาจร้ายแรงถึงขั้นตัดเท้า ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องดูแลและจัดการตนเอง ในผู้ป่วยหลายรายที่พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมจนส่งผลทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA) ซึ่งเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตของโรคเบาหวาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในรายที่มีอาการรุนแรง เช่น ระบบหายใจล้มเหลวจนถึงขั้นเสียชีวิตในที่สุด

จากสถิติโรงพยาบาลบางบัวทอง มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดคีโตนคั่ง มารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 38, 17, 27 และ 32 คนตามลำดับ และพบผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตต้องใส่ท่อช่วยหายใจ นอนพักรักษาตัวแผนกโรงพยาบาลบางบัวทอง ตั้งแต่ปี 2564 -2567 จำนวน จำนวน 8, 9, 10, 11 ตามลำดับ และอัตราการ Re-admit ภายในหน่วยงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบางบัวทอง คิดเป็นร้อยละ 1 ในปี 2564 และ คิดเป็นร้อยละ 0.35 ในปี 2566 ด้วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ร่วมกับขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทางผู้จัดทำจึงเล็งเห็นถึงความต้องการภายหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะยาวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขได้โดย การจัดการสุขภาพด้านร่างกาย

รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ จึงได้พัฒนาคู่มือการปรับพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวาน ควบคู่กับการนับ CARB เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย ของกองโรคไม่ติดต่อที่ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น โดยการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ที่มีน้ำตาลต่ำ และธัญพืชต่าง ๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม

ผู้จัดทำจึงได้พัฒนาคู่มือการปรับพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวานโดยควบคู่กับการนับ CARB เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการรับประทานอาหารและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีและยั่งยืน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

Diabetic ketoacidosis (DKA) เป็นภาวะที่ร่างกายเป็นกรด (acidosis) สืบเนื่องจากมีคีโตนสูงในเลือด (ketonemia) ร่วมกับมีระดับน้ำตาลสูงในเลือด (hyperglycemia) และภาวะเลือดเป็นกรดที่มีผลต่างระหว่าง ประจุ (metabolic high anion gap acidosis) ซึ่งเป็นผลจากการขาดอินซูลิน (insulin) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตของโรคเบาหวาน สามารถพบได้ทั้งในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 1 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในรายที่มีอาการรุนแรง เช่น ระบบหายใจล้มเหลว

โดยภาวะ respiratory failure คือภาวะที่ระบบหายใจทำงานล้มเหลวในการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ ทำให้มีออกซิเจนในเลือดต่ำหรือมีคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย คือระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) เกิดอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก การเปลี่ยนแปลงของสลิสม์ปชัญญะ ต้องได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจหากต้องใช้เป็นเวลานานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนคือปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด จึงต้องเริ่มจากการปรับพฤติกรรมสุขภาพเริ่มจากการบริโภค

พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดโรคเบาหวาน จากคำกล่าวของแอดเกอร์ (Aaker, 1991: 285) ว่าเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังได้ จะทำให้เกิดการบริโภคซ้ำ รวมถึงมีการแนะนำบอกต่อกับบุคคลอื่น ๆ จึงส่งผลต่อการเกิดโรค การบริโภคอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการป้องกันการเกิดปัญหาภาวะ Diabetic ketoacidosis จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา โดยงานวิจัยของ (จงรัก, 2560) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความรู้ปานกลางร้อยละ 55.8 มีระดับคะแนนทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 62.6 ข้อทัศนคติที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหารที่กินโดยผู้ป่วยคิดว่าไม่ต้องควบคุมอาหารเพราะมียากินอยู่แล้ว ระดับคะแนนผู้ป่วยเบาหวานควบคุมอาหารบ้างไม่ควบคุมบ้างร้อยละ 65.64 การปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานจะรับประทาน อาหารครบ 3 มื้อ ส่วนใหญ่ทำอาหารรับประทานเองด้วยวิธีปิ้งย่าง ต้ม นึ่ง แกงไม่ใส่กะทิ จะรับประทานผลไม้ตามฤดูกาล การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยนั้นความรู้ในการบริโภคอาหารซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าสามารถรับประทานขนมหวานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณ จึงต้องมีการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการนับ CARB มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานในการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น การนับคาร์บช่วยให้วางแผนการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ทำให้สามารถควบคุมปริมาณ

คาร์โบไฮเดรตในแต่ละมื้อ ซึ่งจะช่วยในการปรับปริมาณอินซูลินให้เหมาะสม รวมถึงลดโอกาสน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป

จากสถิติโรงพยาบาลบางบัวทอง มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดคีโตนคั่ง มารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 38, 17, 27 และ 32 คนตามลำดับ และพบผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตต้องใส่ท่อช่วยหายใจ นอนพักรักษาตัวแผนกโรงพยาบาลบางบัวทอง ตั้งแต่ปี 2564 -2567 จำนวน จำนวน 8, 9, 10, 11 ตามลำดับ อัตราการ Re-admit ภายในหน่วยงาน การพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบางบัวทอง คิดเป็นร้อยละ 1 ในปี 2564 และ คิดเป็นร้อยละ 0.35 ในปี 2566 ส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมร่วมกับขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทางผู้จัดทำจึงเล็งเห็นถึงถึงความต้องการภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะยาวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขได้โดย การจัดการสุขภาพด้านร่างกาย รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ จึงได้คิดค้นจัดทำคู่มือการปรับพฤติกรรมของตนเองโดยเฉพาะการรับประทานอาหาร ควบคู่กับการนับ CARB เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย ของกองโรคไม่ติดต่อที่ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น โดยการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ที่มีน้ำตาลต่ำ และธัญพืชต่าง ๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม

ผู้จัดทำจึงได้พัฒนาคู่มือการปรับพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการนับ CARB เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการรับประทานอาหารและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคู่มือการปรับพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการนับ CARB
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมไม่กลับมาเป็นซ้ำ

ระยะเวลาดำเนินงาน

มกราคม 2569 – เมษายน 2569

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ทบทวนกรณีศึกษาภาวะกรดจากการคั่งของสารคีโตน (DKA)
3. ศึกษานโยบาย DM remission การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยใช้การนับ CARB ร่วม
4. ศึกษาหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยหนักและอายุรแพทย์ เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ เรื่องการจัดทำคู่มือให้มีความเหมาะสม
5. ดำเนินการพัฒนาคู่มือการปรับพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการนับ CARB สำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตัวเองภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในเรื่องของการรับประทานอาหารควบคู่กับการนับ CARB
6. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การใช้แนวคู่มือสำหรับผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลตัวเองภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในเรื่องของการรับประทาน อาหารควบคู่กับการนับ CARB
7. ดำเนินการทดลองใช้ในหน่วยงาน
8. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น
9. รวบรวมข้อมูลความพึงพอใจหลังการใช้ บุคลากรภายในหน่วยงาน อายุรแพทย์ และผู้ป่วย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านบุคลากร

- ได้พัฒนาความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการนับ CARB ซึ่งประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานในการช่วย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ด้านผู้รับบริการ

- ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที่และปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล
- ลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจนนำไปสู่การเสียชีวิต
- ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและทราบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ อย่างมีประสิทธิภาพ
- ได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมโดยเฉพาะในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคภาย หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ต่อหน่วยงาน

- มีแนวทางในการวางแผนการปรับพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังการจำหน่ายเพื่อ ป้องกันการ Re-admit

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการ Re- Admit ภายใน 28 วัน ผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดสูงที่มีภาวะเลือดเป็นกรด $< 2\%$

(ลงชื่อ)
 (นางสาวติมาพร ชำนาญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

4. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

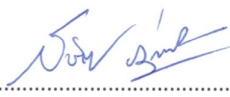
ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวติมาพร ขำนุ้ย

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	28
3. คำโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	28
4. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	10	9
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการตัดสินใจ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	8
รวม	100	91

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- (☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นางสาธิตา ภูแก้ว)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 17 / ๕ - ๑๑ / 2564

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

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

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) ๑๘ ธ.ค. ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวติมาพร ขำนัย

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

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

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

๒๖ ม.ค. ๒๕๖๕

หมายเหตุ เอกสารประกอบการประเมินบุคคลของนางสาวติมาพร ขำนัย

ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

Q.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยาหยั่งการคลอด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 16 มิถุนายน 2568 - 31 ตุลาคม 2568
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ขอรับการประเมิน เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มาเป็นระยะ 11 ปี 4 เดือน ปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลทั้งงาน การพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง มีประสบการณ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยติดตามและเฝ้าระวังสภาวะความก้าวหน้าการคลอด ให้การพยาบาลผู้คลอดให้สอดคล้องตามปัญหาพยาธิสภาพและแผนการรักษาของแพทย์ จัดเตรียมอุปกรณ์การ ทำคลอด ทำคลอดปกติ ในรายที่ภาวะผิดปกติประมาณ 10 รายต่อเดือนและเย็บแผลฝีเย็บประมาณ 8 – 10 ราย ต่อเดือน รวมทั้งช่วยแพทย์ทำคลอดในรายที่มีภาวะผิดปกติ ให้การพยาบาลทารกแรกเกิด ประมาณ 50 - 60 รายต่อเดือนและช่วยชีวิตมารดาและทารกเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ปฏิบัติการพยาบาลให้อยู่ ในมาตรฐานและครอบคลุม

งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลบางบัวทองเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลสตรีผู้ตั้งครรภ์ตั้งแต่ ระยะ รอคคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ขึ้นไปโดยจำนวนผู้มา รับบริการของหน่วยงานในปี 2567 – 2568 มีจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 411 และ 380 รายตามลำดับ จำนวน หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับยาหยั่งการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 15 และ 10 ราย ตามลำดับ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ จำนวน 2 ราย ทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนการหายใจเร็ว และน้ำหนักตัวน้อย ทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล มากกว่าปกติ ตลอดจนทำให้เกิดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นความท้าทายในการดูแล รักษาพยาบาล ผู้คลอดและทารกให้ปลอดภัย ทำให้ข้าพเจ้าสนใจในการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลในหญิง ตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด เพื่อนำมาใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้ง คลอดก่อนกำหนดให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อให้เกิดผู้คลอดและทารกความปลอดภัยและมี ประสิทธิภาพต่อไป

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) หมายถึง เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที ปากมดลูกเริ่ม

มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการ फैขยายของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตรหรือปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม (Threatened preterm labor) คือการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ โดยมีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ 1 ครั้ง ทุก 10 นาที โดยใช้เวลาตรวจ อย่างน้อย 30 นาที แต่ปากมดลูกยังไม่เปิด

สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm delivery) แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลักดังนี้

1. การคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง พบร้อยละ 50
2. ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด พบร้อยละ 30
3. การคลอดก่อนกำหนดเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น พบร้อยละ 10
4. การคลอดก่อนกำหนดเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด สายสะดือพลัดต่ำ เป็นต้น พบร้อยละ 10

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม

การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มอาการ (Preterm parturition syndrome) ซึ่งมีสาเหตุ การเกิดหลายอย่างร่วมกัน ประด้วยคามผิดปกติต่างๆ เช่นเกิดจากกระบวนการกระตุ้นระบบ ไฮโปธาลามิก พิ ทูอิตารี อะครีโนล (hypothalamic-pituitary-adrenal axis) ของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การติดเชื้อภาวะเลือดออกบริเวณเยื่อโพรงมดลูก และการยืดขยายตัวของมดลูกที่ผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงของภาวะคลอดก่อนกำหนด

1. มีประวัติคลอดก่อนกำหนดครรภ์ก่อน
2. เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปากมดลูก เช่น LEEP, Conization
3. เคยได้รับการขูดมดลูกหลายครั้ง
4. มดลูกผิดปกติ (Uterine anomalies)
5. อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือ มากกว่า 35 ปี
6. เศรษฐกิจทางสังคมไม่ดี
7. ระดับการศึกษาน้อย

8. ไม่ได้ฝากครรภ์
9. ระยะเวลาการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปสั้น เช่น น้อยกว่า 6 เดือน
10. BMI < 19 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กิโลกรัม
11. ภาวะทุพโภชนาการ ขาดสารอาหาร
12. ทำงานหนัก
13. ปัญหาทางจิตใจ เช่น ภาวะเครียด
14. การใช้สารเสพติด หรือการสูบบุหรี่
15. การช่วยการเจริญพันธุ์
16. ทารกมีความผิดปกติ เช่น โครโมโซมผิดปกติ พิการแต่กำเนิด โตช้าในครรภ์เสียชีวิต
17. มีเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด
18. น้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ
19. มีโรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หอบหืด
20. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อไวรัส การติดเชื้อของทารกในครรภ์
21. ปากมดลูกสั้นน้อยกว่า 25 มิลลิเมตร ในช่วง 14 - 28 สัปดาห์

ดังนั้นการป้องกันและการดูแลเพื่อให้ปลอดภัย จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการปฏิบัติงานของสูติแพทย์และพยาบาล พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างถูกต้อง และให้คำแนะนำรวมทั้งสามารถส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้อย่างถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในครรภ์

อาการและอาการแสดง

มดลูกมีหดตัวสม่ำเสมอ โดยปวดบริเวณหน้าท้องและอาจร้าวไปถึงหลังหรือต้นขา ไม่สามารถบรรเทาอาการได้ด้วยการพัก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก มีอาการน้ำเดินหรือมูกเลือดออกจากช่องคลอดร่วมด้วย

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

ผลต่อมารดา

1. มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เสี่ยงลิ่มเลือดอุดตัน
2. มีภาวะวิตกกังวล

ผลต่อทารก

1. ภาวะแทรกซ้อน เช่น ระบบหายใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะติดเชื้อ ภาวะตัวเหลือง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ พัฒนาการช้า และความพิการทางสมอง เนื่องจาก อวัยวะต่าง ๆ ยังพัฒนาไม่เต็มที่ เป็นต้น

การรักษา

1. ระยะป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 1.1 แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง สังเกตการเจ็บครรภ์ด้วยตนเอง ให้จดบันทึก การหดตัวของมดลูก
 - 1.2 พักผ่อนให้เพียงพอ
 - 1.3 แนะนำดื่มน้ำ ดื่มนม รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ควบคุมน้ำหนักตามเกณฑ์ หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก เดินทางไกล และการสูบบุหรี่หรือสารเสพติด
 - 1.4 แนะนำให้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง
2. ระยะยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ยาที่นิยมใช้คือ กลุ่ม Beta-adrenergic receptors และยากลุ่มแมกนีเซียมซัลเฟต Magnesium sulfate ยากลุ่ม Beta-adrenergic receptors เพื่อลดระดับ Ionized calcium ในเซลล์ และป้องกันไม่ให้เกิดการกระตุ้นโปรตีนที่ทำหน้าที่หดตัวในเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก ยาที่อยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ Terbutaline, Salbutamol, Ritodrine แต่นิยมใช้ Terbutaline ในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากที่สุด ซึ่งมีผลข้างเคียงในหญิงตั้งครรภ์ มีมือสั่น (Tremors), ใจสั่น (Palpitations), ปวดศีรษะ, น้ำท่วมปอด (Pulmonary edema), ชีพจรเต้นเร็ว (Tachycardia), หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia), ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension), Metabolic problems เช่น Hyperinsulinemia, Hyperlacticaemia, Hypocalcemia

ส่วนทารกในครรภ์ หัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia), น้ำตาลในเลือดสูงในครรภ์ (Hyperglycemia) และน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด (Hypoglycemia), ความดันโลหิตต่ำหลังคลอด (Hypotension) ยาในกลุ่มแมกนีเซียมซัลเฟต Magnesium sulfate ($MgSO_4$) ออกฤทธิ์ลดกดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวมดลูกคลายตัว

ยากระตุ้นปอดทารกในครรภ์ คือ ยา คอร์ติโคสเตียรอยด์ เช่น เบตาเมทาโซน (Betamethasone) 12 มิลลิกรัม 2 ครั้ง ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 24 ชั่วโมง หรือ เดกซาเมทาโซน (Dexamethasone) 6 มิลลิกรัม 4 ครั้ง ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง เพื่อช่วยเร่งการเจริญเติบโตและพัฒนาการของปอดทารกในครรภ์ ทำให้ปอดสามารถทำงานได้ดีขึ้นหลังคลอด ลดความเสี่ยงภาวะหายใจลำบาก และการเสียชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด ยาออกฤทธิ์เต็มที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมงหลังการฉีด

กรณีไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ การให้ยาปฏิชีวนะในระยะคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสกลุ่มบี (Group B streptococcus) ในทารก เช่น แอมพิซิลลิน (Ampicillin) 2 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง หรือตามด้วย 1 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง และหยุดให้ยาเมื่อคลอด การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับยาที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1.1 ชักประวัติความเจ็บป่วย โรคประจำตัวที่อาจเป็นข้อห้ามของการให้ยา

1.2 อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์รับทราบถึงอาการข้างเคียงจากการให้ยาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ได้ในขณะให้ยา

1.3 ประเมินหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เพื่อดูความพร้อมหรือภาวะผิดปกติ

2. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะที่ได้รับยาที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.1 ดูแลให้ได้รับยาที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และยาสเตียรอยด์ตามแผนการรักษา

2.2 แนะนำการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษาให้ยาที่ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด จัดสถานที่สิ่งแวดล้อม

ให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย

2.3 ดูแลให้นอนในท่าตะแคงซ้าย ซึ่งจะช่วยให้เลือดไหลเวียนไปยังทารกในครรภ์ได้ดีขึ้น

3. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์หลังได้รับยาป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.1 อธิบายการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง ให้ทราบถึงสาเหตุและประโยชน์ให้เกิดความเข้าใจและ

ร่วมมือในการรักษาพยาบาล

3.2 ประเมินการหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดและปรับขนาดของยาตามความเหมาะสม เพื่อป้องกัน

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.3 ประเมินและติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์

3.4 เผื่อระวังสัญญาณชีพและอาการทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์เจ็บก่อนกำหนดตามแผน

การรักษา

ข้อมูลทั่วไปของผลการศึกษา

หญิงไทยตั้งครรภ์ชาวไทย อายุ 20 ปี ตั้งครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 2 วัน แรกได้รับห้องคลอดให้ประวัติเจ็บครรภ์ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ประเมินเสี่ยงหัวใจทารกในครรภ์ปกติ พบการหดตัวของมดลูกทุก 2 นาที นาน 10 วินาที ความรุนแรงของการหดตัว 50% ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกไม่เปิด ความบางของปากมดลูก เท่ากับ 0 % แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประเมินสาเหตุในการการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครั้งนี้ จากการซักประวัติได้สาเหตุดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์แรก เป็นวัยรุ่น ทำงานเป็นพนักงานแคชเชียร์ ขับมอเตอร์ไซด์เป็นประจำ ขาดความรู้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ จากการประเมินเบื้องต้นรายงานแพทย์ แพทย์ให้รับไว้ดูแลในห้องคลอด การรักษาแพทย์อัลตราซาวด์ดูน้ำหนักรกและอธิบายแผนการรักษาแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ และให้ยากระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์ Dexamethasone 6 mg เข้ากลืนเนื้อทุก 12 ชั่วโมง 4 ครั้ง และให้สารน้ำผสมยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ 5%DW500 ml ผสม Bricarnly 2.5 mg หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 30 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ปรับอัตราการหยดของยาตามการหดตัวของมดลูกขณะให้ยาขับยั้งการคลอดแนะนำการปฏิบัติตนขณะได้รับยาขับยั้งการคลอดในโรงพยาบาลเช่น การนอนพักและทำกิจวัตรประจำวันต่างๆบนเตียง เช่น การรับประทานอาหาร การเช็ดตัวอาบน้ำการขับถ่าย โดยจะมีพยาบาลให้การช่วยเหลือดูแล อธิบาย และสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้ เช่น อาการใจสั่น หายใจลำบาก วัดชีพจรทุก ½ -1 ชั่วโมงจัดสิ่งแวดล้อมในเหมาะสมการนอนพักบนเตียง และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลต่างๆ พุดคุยให้กำลังใจ ตลอดการดูแลในโรงพยาบาล 10 วันหญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาขับยั้งการคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์ ในวันที่ 10 ของการได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่พบการหดตัวของมดลูก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้พยาบาลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดซ้ำ เช่น การพักผ่อนอย่างเพียงพอไม่ยกของหนัก ควรดื่อกน้ำมากๆ และหลีกเลี่ยงการนั่งมอเตอร์ไซด์ สังเกตอาการเตือนของการเจ็บครรภ์ อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด และนัดฝากครรภ์ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบางบัวทอง

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยผู้คลอดที่มีภาวะยับยั้งการคลอด
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้คลอดที่มาใช้บริการ คือ ผู้คลอดที่มีภาวะยับยั้งการคลอด
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้คลอด และแผนการดูแลรักษาของแพทย์

4. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้คลอดที่มีภาวะยับยั้งการคลอดรวมถึงการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น จากตำราวารสารและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการ วางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและสูติแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการ พยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อทราบถึงปัญหาและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะยับยั้งการคลอด
 2. เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะยับยั้งการคลอด
 3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษา กรณีการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะยับยั้งการคลอด
5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ได้กรณีศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด 1 เรื่อง และได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด 1 เรื่อง

เชิงคุณภาพ

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล สามารถตั้งครรภ์ต่อได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อวันที่ 22 มกราคม พ.ศ.2568 และนัดมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาล บางบัวทอง รวมระยะเวลาที่ได้รับการยับยั้งการคลอดที่โรงพยาบาล 10 วัน ได้ให้การพยาบาลติดตาม และประเมินผลการพยาบาลจากการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยายับยั้งการคลอด พบปัญหาทางการพยาบาล จำนวน 7 ข้อ ได้รับการแก้ไขพร้อมทั้งให้คำแนะนำการดูแลตนเองในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด ป้องกันการกลับมาขัดแย้งการคลอดซ้ำได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนมีความรู้ในการดูแลตนเอง ให้ตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ไม่สุขสบายจากเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากภาวะมดลูกหดตัว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาขัดแย้งการคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 วิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนโรงพยาบาลนาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ไม่สุขสบายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระหว่างการให้ยาขัดแย้งการคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดซ้ำ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ต่อตนเอง

1. ได้ศึกษาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขัดแย้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เป็นแนวทางการพัฒนาตนเองเพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ขัดแย้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง

6.2 ต่อหน่วยงาน

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล สำหรับบุคลากร ได้ถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
2. ได้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลและให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ขัดแย้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. สามารถนำเอกสารแนวทางปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ขัดแย้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้ในหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง

6.3 ต่อผู้รับบริการ

1. ลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์
2. หญิงตั้งครรภ์สามารถคลอดครบกำหนดหรืออายุครรภ์ในการคลอดมากกว่า 37 สัปดาห์

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

หญิงตั้งครรภ์รายนี้เป็นวัยรุ่น ตั้งครรภ์แรกขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ แรกได้รับจึงต้องชักประวัติค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุในการเจ็บครรภ์อย่างละเอียด และต้องใช้ความพยายามในการให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อยับยั้งการคลอดสำเร็จตลอดจน ต้องพยายามทำความเข้าใจในระดับครอบครัวให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ด้านการชักประวัติหาข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะแรก
ในระยะแรก
2. หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลที่ญาติไม่สามารถเข้าเยี่ยมได้ ในระยะแรกในการนอนโรงพยาบาลและยังมีความกังวลที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนาน
3. เพื่อให้รู้ถึงสำคัญในการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำกับหญิงตั้งครรภ์และญาติต้องทำซ้ำๆ ซึ่งญาติต้องทำงานช่วงเวลากลางวันโอกาสที่จะพบญาติจึงมีข้อจำกัด ต้องใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ หลายครั้ง

9. ข้อเสนอแนะ

ควรเสริมความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่ฝากครรภ์มีการค้นหาความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกรายอย่างต่อเนื่อง

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

11. สัดส่วนผลงานของผู้ประเมิน

- 1) ว่าที่ร้อยตรีหญิง จารุวรรณ ศรีเพชร สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

12. สัดส่วนผลงานของ (ถ้ามี)

- 1) ว่าที่ร้อยตรีหญิง จารุวรรณ ศรีเพชร สัดส่วนของผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(ว่าที่ร้อยตรีหญิง จารวรรณ ศรีเพชร)

(ตำแหน่ง)) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 16 / ๐.๐. / 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
ว่าที่ร้อยตรีหญิง จารวรรณ ศรีเพชร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวธิตา ภูแก้ว)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 16 / ๐.๐. / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) 16 / ๐.๐. / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการ)

1. เรื่อง พัฒนาระบบเครือข่ายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอำเภอบางบัวทอง

2. หลักการและเหตุผล

นโยบายกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ในด้านการยกระดับบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่สากลโดย ลดมารดาเสียชีวิต ในส่วนนโยบายงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 4 ประจำปี พ.ศ.2567 ได้ตั้งเป้าหมายจะส่งเสริมคนไทยสุขภาพดีอย่างยั่งยืนด้วยกลยุทธ์ 1) ลดมารดาเสียชีวิต ไม่เกินร้อยละ 17 ต่อแสนประชากร 2) ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 3) ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 4) ติดตามเยี่ยมหลังคลอด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 5) จ่ายยาที่มีธาตุเหล็กร้อยละร้อยละ 6) สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางน้อยกว่าร้อยละ 14 7) อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดเป็นศูนย์และมี CPG โรคทาง อายุรกรรม ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง 8) ส่งเสริมการมีบุตรโดย มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตรในโรงพยาบาล จังหวัดละ 1 แห่ง 9) คัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค) ในทารกแรกเกิด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 10) ลดการคลอดก่อนกำหนดโดยอัตราการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่าร้อยละ 9

จากข้อมูลการนำเฝ้าระวังการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง ในปีพ.ศ.2567 พบภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ 1) อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน 37 สัปดาห์ ร้อยละ 12.72 (เป้าหมายร้อยละ 9) 2) อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.88 (เป้าหมายร้อยละ 5) 3) อัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.25 (เป้าหมายร้อยละ 10) 4) อัตราการเกิดภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 9.17 (เป้าหมายร้อยละ 14) 5) อัตราการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 18.34 (เป้าหมายร้อยละ 23)

การคลอดก่อนกำหนด (preterm labor) ส่งผลให้ทารกมีปัญหาสุขภาพหลายด้าน เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ยังพัฒนาไม่เต็มที่ เช่น ปัญหาการหายใจ ทำให้หายใจลำบาก(จากปอดที่ไม่สมบูรณ์), ปัญหาการดูดซึมอาหารจากการย่อยทำให้ท้องอืดง่าย และอาจเกิดภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือด(Necrotizing Enterocolitis: NEC) ได้, ความเสี่ยงเลือดออกในสมอง , ภาวะตัวเหลือง, และปัญหาการได้ยิน การพัฒนาด้านอื่นๆ อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายในระยะยาว เช่น สมอ่งพิการ, ปัญหาการเรียนรู้, หรือปัญหาพฤติกรรม

ผลกระทบระยะสั้น

1.ปอดพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้หายใจลำบาก

2.หัวใจเส้นเลือดระหว่างหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ไปปอดและหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ไปร่างกายยังเปิดอยู่

(PDA) ทำให้เลือดไปปอดมากเกินไป อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว

3.สมอง: เส้นเลือดในสมองเปราะบาง ทำให้เสี่ยงต่อการมีเลือดออกในสมอง (Intraventricular Hemorrhage: IVH) โดยเฉพาะในทารกน้ำหนักน้อย

4.ลำไส้การย่อยและการดูดซึมอาหารยังไม่ดีนัก ทำให้ท้องอืดง่าย และภาวะลำไส้เน่าจากการขาดเลือด (Necrotizing Enterocolitis: NEC) ได้

5.การมองเห็นและได้ยิน: จอประสาทตาและหูอาจยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้เสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นและได้ยิน

6.การติดเชื้อระบบภูมิคุ้มกันยังไม่แข็งแรง ทำให้ติดเชื้อง่าย เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดหรือทางเดินหายใจ

7.น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์

ผลกระทบระยะยาว

1.พัฒนาการ: มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะสมองพิการ, ความบกพร่องทางการเรียนรู้, ปัญหาด้านพฤติกรรมและการเจริญเติบโตที่ช้า

2.สุขภาพในอนาคต: อาจมีความเสี่ยงต่อภาวะปอดเรื้อรัง, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, ความดันโลหิตสูง, และโรคเบาหวาน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การคลอดก่อนกำหนด เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับต้น ๆ ของ ทุกประเทศ เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุ สำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต (Neonatal mortality) และยังเป็นสาเหตุของการพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงตั้งครรภ์อีกด้วย (Antenatal hospitalization)

1 การคลอดก่อนกำหนดนั้น อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการต่อทารก ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory distress syndrome : RDS) ภาวะเลือดออก ในสมอง (Intraventricular hemorrhage : IVH) ภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร(Necrotizing enterocolitis : NEC) ภาวะชัก (Convulsion) ระบบประสาทที่ผิดปกติ (Cerebral palsy) หรือพัฒนาการช้า โดยอายุครรภ์ที่ทารกคลอดยิ่งน้อยยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มขึ้น 2,3 นอกจากนี้ในด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องรับภาระปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงในการดูแลทารกตั้งแต่ แรกเกิด และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจากภาวะทุพพลภาพอีกด้วย

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นับเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทองเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลสตรี ผู้คลอดตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ พบว่าหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยจำนวนผู้มารับบริการของหน่วยงานในปี 2566 – 2567 มีจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 380 , 334 รายตามลำดับ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ รับประทานยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 10 , 15 รายตามลำดับ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดน้อยกว่า 34 สัปดาห์ 2 รายทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนการหายใจเร็ว และน้ำหนักตัวน้อย ถือเป็นปัญหาสำคัญของการพยาบาลผู้คลอดอย่างมากในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นจึงได้พัฒนา แนวทางการปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อใช้ในการดูแล และป้องกันหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

พัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารในการดูแลสุขภาพหญิงขณะตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1. ตั้งกลุ่ม LINE “คุณแม่สู้ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ประกอบด้วย
 - 1.1 พยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลบางบัวทอง
 - 1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) เครือข่ายในโรงพยาบาลบางบัวทอง
 - 1.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เครือข่ายในโรงพยาบาลบางบัวทอง
 - 1.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เครือข่ายในโรงพยาบาลบางบัวทอง
 - 1.5 ติดตามอาการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. ประสานงาน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลบางบัวทอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก เครือข่ายในโรงพยาบาลบางบัวทอง
3. ออกแบบรูปแบบการรายงานอาการของผู้ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในรูปแบบกลุ่ม LINE “ คุณแม่สู้ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ” ส่งผลการบันทึกอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกสัปดาห์ เพื่อส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ทารกแรกเกิดในรายที่ปกติและ ผิดปกติ เพื่อให้ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนช่วยติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ตามนัดและ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งครรภ์ครบกำหนดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์

ร้อยละ 80

5.2 หญิงตั้งครรภ์ความสนใจ และให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความเสี่ยงตนเองและ

ทารกในครรภ์ ร้อยละ 80

ลงชื่อ) 

(ว่าที่ร้อยตรีหญิง จารุวรรณ ศรีเพชร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 16 / ต.ค. / 2568

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ 4. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน ว่าที่ร้อยตรีหญิง จารุวรรณ ศรีเพชร

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	27
3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	28
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	8
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะ ทักษะการสื่อสาร การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะ ทักษะการสื่อสาร การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์	10	9
รวม	100	90

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- (☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นางสาวธิดา ภูแก้ว)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 16 / 10 / 2568

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

(☒) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(☐) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุ

เหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) 16 / 10 / 2568

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

ชื่อผู้ขอประเมิน ว่าที่ร้อยตรีหญิง จารุวรรณ ศรีเพชร

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

(☐) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายปรพนธ์ จุลเจิม)

(.....นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(ตำแหน่ง) ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) 6 มี.ค. 2568

หมายเหตุ แบบแสดงรายละเอียดประกอบขอประเมินบุคคล ของ ว่าที่ร้อยตรีหญิง หญิงจารุวรรณ ศรีเพชร