



ประกาศจังหวัดนนทบุรี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลปากเกร็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์
และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่
โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดนนทบุรีได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวปิวิภา นิทรพิทย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวปลิดา อินทพาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช
๓.	นางสาวกฤษณา เรืองจวง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการ
ประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมิน
บุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ ก.ค. ๒๕๖๘

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)
ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลปากเกร็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวปวีณา นีทรัพย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
		พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๗๐๘๖	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๗๐๘๖	เลื่อนระดับ
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการสแกนผ่าน QR Code” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” 				๑๐๐%

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความหมาย พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒) หมายถึง ค่าความดันโลหิตที่ตรวจพบในผู้ป่วยสูงเกินกว่าค่ามาตรฐาน โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบน ขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง ขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic) มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มิลลิเมตรปรอท มากกว่า ๒ ครั้ง ในท่านั่งหลังพัก ๑๕ นาที จากการวัด ๒ ช่วงเวลาห่างกัน ๒ สัปดาห์ โดยผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ถือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต (Hypertension crisis)

พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒)

โดยปกติร่างกายมีระบบควบคุมปริมาณเลือดที่เปลี่ยนแปลงตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้คงที่ ด้วยกลไกที่เรียกว่า Auto regulation เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดแดงจะหดตัวเพื่อรักษาความดันในหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก หรือหลอดเลือดแดงส่วนปลายไม่ให้มากเกินไป อย่างไรก็ตาม เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจนเกินความสามารถของกลไกดังกล่าว จะเกิดการเพิ่มขึ้นของ Systemic vascular resistance ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กอย่างรวดเร็ว เกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด Plasma จะแทรกซึมเข้าสู่ผนังหลอดเลือดแดง ผนังหลอดเลือดแดงจะตีบแคบลงจากภาวะ Fibrinoid necrosis ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขาดเลือด ระบบประสาทที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค โดยระบบประสาทส่วนกลางนั้นถ้ากระตุ้นบริเวณ Hypothalamus ความดันโลหิตจะสูงขึ้น เพราะเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดเกิด Vasoconstriction มากขึ้น เป็นการเพิ่ม Total resistance ถ้าการกระตุ้นนี้เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ๆ มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างถาวร สารละลาย Electrolyte Na^+ K^+ สามารถทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ เช่น ถ้าไตไม่สามารถขับ Na^+ ออกได้ในปริมาณที่เพียงพอ Na^+ ที่เหลืออยู่มาก ทำให้เกิดการเพิ่ม Plasma และ Extracellular fluid ส่งผลให้เกิด cardiac output เพิ่มขึ้น จนเป็นความดันโลหิตสูงนอกจากนี้ Hormonal factors ต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ได้แก่ Renin angiotensin และ Aldosterone สเตียรอยด์ต่าง ๆ และ Prostaglandin เป็นต้น

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น ๒ ชนิด ได้แก่

๑. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary or essential hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ ๙๕ ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กรรมพันธุ์ อ้วน รับประทานเกลือโซเดียมในปริมาณมาก (มากกว่า ๑๔ กรัมต่อวัน) ขาดการออกกำลังกาย เครียด ดื่มสุรา และสูบบุหรี่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. โรคความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ ๕-๑๐ ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยจะส่งผลทำให้เกิดแรงดันเลือดสูง ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบประสาท ยาบางชนิด เช่น ยาคอร์ติโคสเตออยด์

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

- พันธุกรรม โอกาสจะสูงมากขึ้นเมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคนี้
- โรคเบาหวาน เพราะก่อให้เกิดการอักเสบตีบแคบของหลอดเลือดต่าง ๆ รวมทั้งหลอดเลือดของไต
- โรคไตเรื้อรัง เพราะส่งผลถึงการสร้างเอนไซม์ และฮอร์โมนที่ควบคุมความดันโลหิต
- น้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน เพราะเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดต่าง ๆ ตีบจาก

ภาวะไขมันเกาะผนังหลอดเลือด

- ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)
- การขาดการออกกำลังกาย เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนและเบาหวาน
- การรับประทานอาหารเค็มอย่างต่อเนื่อง
- การสูบบุหรี่ เพราะสารพิษในควันบุหรี่ส่งผลให้เกิดการอักเสบตีบตันของหลอดเลือดต่าง ๆ รวมทั้ง

หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดไต

- การดื่มแอลกอฮอล์ เพราะส่งผลให้หัวใจเต้นแรงกว่าปกติ และมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงประมาณ ๕๐ % ของผู้ที่ติดสุราทั้งหมด

อาการและอาการแสดง

โรคความดันโลหิตสูงระยะแรกส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ มีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการ และที่พบได้บ่อย คือ ปวดศีรษะ มักปวดมึนที่บริเวณท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้า สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง อาจมีอาการเหล่านี้ เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา ตามัว แขนขาอ่อนแรง ซึ่งอาการดังกล่าว มักเกิดหลังตื่นนอน และอาจเกิดการเสียชีวิตเฉียบพลัน เป็นต้น โรคนี้ถ้าไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ๆ ร่วมกับมีภาวะไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ อ้วนลงพุง โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะสำคัญ

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น ๔ ระดับดังนี้

ระดับ ๑ High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

ระดับ ๒ Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาล มีค่าตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง ๑๖๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท

ระดับ ๓ Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาล มีค่าตั้งแต่ ๑๖๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง ๑๘๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท

ระดับ ๔ Definite Hypertension (เป็นโรค ความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิต เฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ ๑๘๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Hypertensive emergency หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีอาการของ acute target organ damage

Hypertensive urgency หมายถึง ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่พบอาการของ acute target organ damage อาจมีเพียงอาการปวด เวียนศีรษะ หรือไม่มีอาการ

การรักษา

เป้าหมายการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือการควบคุมให้ความดันโลหิตต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท มีดังนี้

๑. โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การสร้างสุขภาพที่ดี เพื่อลดความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยความดันโลหิตจะลดเป็นปกติได้โดยไม่ใช้ยา โดยใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ลดน้ำหนักส่วนเกิน เลิกบุหรี่ และเหล้า ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดอาหารรสเค็มจัด เพิ่มรับประทานผัก ผลไม้ ธัญพืช ปลา และรู้จักคลายเครียด

๒. ให้ยาลดความดันโลหิต สำหรับผู้ที่ความดันโลหิตยังคงสูงกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

๓. ติดตามการรักษา เพื่อประเมินการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจปัสสาวะและเลือด การตรวจคลื่นหัวใจ เป็นต้น

บทบาทพยาบาลในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

๑. การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิต หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ไปสู่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ โดยการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการลดอาหารเค็ม ลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะนำไปสู่การรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

๒. การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นการกระทำของบุคคลที่ยึดถือเป็นแบบแผนโดยอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมและวิถีชีวิต และเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ การตัดสินใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีพฤติกรรมที่จะควบคุมระดับความดันโลหิต โดยพยาบาลสนับสนุน และให้ความรู้เพื่อให้มีกำลังใจและเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๓. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัวถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนสมาชิกในครอบครัว และมีบทบาทสำคัญยิ่งในการผลักดันให้ชุมชนเข้มแข็งหน้าที่ของครอบครัวในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือหน้าที่ด้านความรัก ความเอาใจใส่ (affective function) และหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ (family health care function) เป็นหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพกายและจิตดี

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM)

เป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) หรือการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน ส่งผลให้กระบวนการดูดซึมน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงานของเซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติหรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ จนเกิดน้ำตาลสะสมในเลือดปริมาณมาก หากปล่อยให้ร่างกายอยู่ในสภาวะนี้เป็นเวลานานจะทำให้ป่วยต่าง ๆ เสื่อมเกิดโรคและอาการแทรกซ้อนขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สาเหตุของการเกิด โรคเบาหวาน มีหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (environmental factor)

๑. กรรมพันธุ์
๒. น้ำหนักเกิน ความอ้วน ขาดการเคลื่อนไหว ขาดการออกกำลังกาย
๓. อายุที่มากขึ้น มีโอกาสเป็นเบาหวานได้มากขึ้น
๔. โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ ได้รับการผ่าตัดตับอ่อน
๕. การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ซึ่งมีผลต่อตับอ่อน
๖. ความเครียดเรื้อรัง

๗. การได้รับยาบางชนิด ทำให้มีการสร้างน้ำตาลมากขึ้นหรือการตอบสนองของอินซูลินได้ไม่ดี

๘. การตั้งครรภ์ เนื่องจากการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิด ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

การแบ่งชนิดโรคเบาหวาน มีอยู่ ๒ ประการคือ แบ่งตามการดูแลรักษาตามคลินิก และแบ่งตามกลไกในการเกิดโรค องค์การอนามัยโรคแบ่งชนิดโรคเบาหวานเป็น ๖ ชนิด ดังนี้ (แนวทาง เวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี ๒๕๖๖ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย)

๑. โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (type ๑ diabetes mellitus, T๑ DM)
๒. โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (type ๒ diabetes mellitus, T๒ DM)
๓. โรคเบาหวานชนิดผสมระหว่างชนิดที่ ๑และ๒ (hybrid forms of diabetes)
๔. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (other specific type)
๕. โรคเบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (hyperglycemia first detected during pregnancy)
๖. โรคเบาหวานที่ไม่สามารถแยกชนิดได้ เมื่อได้รับการวินิจฉัย (unclassified diabetes)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน เกิดจากความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ผลิตโดยตับอ่อน ทำหน้าที่ช่วยนำน้ำตาลหรือกลูโคสในเลือดเข้าสู่เซลล์ทั่วร่างกาย เพื่อเผาผลาญให้เป็นพลังงานสำหรับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ผู้ที่เป็นเบาหวานจะพบว่าตับอ่อนผลิตอินซูลินได้น้อยหรือไม่ได้เลยหรือผลิตได้ปกติแต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง เมื่อขาดอินซูลินหรืออินซูลินทำหน้าที่ไม่ได้ น้ำตาลในเลือดจึงเข้าสู่เซลล์ต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลก็ถูกขับออกมาทางปัสสาวะ น้ำตาลที่เข้มข้นสูงจะพาน้ำออกมาเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยพร้อมกับสูญเสียเกลือแร่บางชนิด โดยเฉพาะโซเดียม ร่างกายจึงขาดทั้งอาหาร น้ำ เกลือแร่ จึงมีอาการหิวบ่อย กินจุ กระหายน้ำบ่อย และน้ำหนักลดลง ผอมลง บางรายอาจอ่อนเพลีย

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานเกิดขึ้นเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อาการที่สำคัญมี ๔ อย่างคือ

๑. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต (โดยปกติมากกว่า ๑๘๐ mg/dl) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะทำให้แรงดันออสโมติกของปัสสาวะสูงขึ้น Renal tubule จึงไม่สามารถดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายได้ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมาเป็นจำนวนมากและบ่อยครั้ง

๒. ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมากจึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรงทำให้มีอาการกระหายน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. น้ำหนักลด (Weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักจึงลดลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ เกิดภาวะ Negative Nitrogen Balance และเกิดภาวะ Ketoacidosis ได้

๔. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้ จึงทำให้เกิดภาวะการขาดอาหาร (Starvation) เกิดขึ้นเพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ผู้ป่วยจะมีการหิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ

นอกจากอาการแสดงดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยอาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการอื่น ๆ อีก มากมาย เช่น ปัสสาวะมีคดดม มีผื่นคันหรือเชื้อราขึ้นตามผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณซอก เช่น รักแร้ ไตรามม ขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์ เกิดแผลเรื้อรัง แขนขาหรือเป็นฝีบ่อย ๆ โดยเฉพาะกลางหลัง เนื่องจากคนทั่วไปมักมีปัญหานี้เป็นผลง่ายแต่รักษายาก สายตามัวลงเรื่อย ๆ ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อยๆ มีอาการชา ปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง โดยมากมักจะเป็นที่เท้าก่อน บางรายความรู้สึกทางเพศลดลง หนัगतดก หรือมีอาการอัมพาตของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง มีอาการของหลอดเลือดตีบในอวัยวะส่วนต่าง ๆ เช่น ที่เท้าหรือมีแผลเนื้องอกตายที่หัวใจทำให้กล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดอาการเจ็บหน้าอกหรือที่สมองทำให้เกิดอัมพาต เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน ๔ วิธี ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามี ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

๒. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) มีค่า ๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เหมาะสมสำหรับคนทั่วไปที่มาตรวจสุขภาพและผู้ที่ไม่มีอาการ

๓. การตรวจความทนต่อกลูโคส (๗๕ กรัม Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้า ระดับพลาสมากลูโคส ๒ ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้มักใช้ในงานวิจัย เนื่องจากผลการตรวจมีความไว (sensitivity) แต่ความจำเพาะ (specificity) ไม่ดีนักอาจคลาดเคลื่อนได้

๔. การตรวจวัดระดับ A๑C ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า ๖.๕% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น

การรักษาโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวาน

๑. รักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

๒. ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

๓. ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง

๔. ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ

๕. สำหรับเด็กและวัยรุ่นให้มีการเจริญเติบโตสมวัยและเป็นปกติ

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ข้างต้น การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรกระทำตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และควรกำหนดเป้าหมายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน การมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ความเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมและความรุนแรง รวมทั้งการเกิดผลกระทบจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทั้งนี้ควรให้การรักษารอบรู้เป้าหมายโดยเร็ว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑. ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเวลาไม่นาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลา คือการควบคุมเข้มงวดมาก เป้าหมาย $A_{1C} < 7.0\%$

๒. ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยหรือรุนแรง ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงหรือ มีโรคร่วมหลายโรค เป้าหมายระดับ A_{1C} ไม่ควรต่ำกว่า 7.0%

๓. ผู้สูงอายุ (อายุ > 65 ปี) ควรพิจารณาสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย และแบ่งผู้ป่วยเป็น ๓ กลุ่มเพื่อกำหนดเป้าหมายในการรักษา

๓.๑. ผู้ป่วยสูงอายุที่สุขภาพดีไม่มีโรคร่วมให้ควบคุมในระดับเข้มงวดคือใช้เป้าหมาย $A_{1C} < 7.0\%$

๓.๒. ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ (functionally independent) และมีโรคร่วม (comorbidity) อื่น ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลร่วมด้วย เป้าหมาย $A_{1C} 7.0-7.5\%$

๓.๓. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลใกล้ชิดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (functionally dependent) เป้าหมาย $A_{1C} 7.0-8.0\%$

แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน

๑. การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self Management Education DSME) และการช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลตนเอง (Diabetes Self Management Support: DSMS) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการบรรลุเป้าหมายของการรักษารวมทั้งดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ

๒. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต การปรับวิถีการดำรงชีวิตเพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม พักผ่อนให้เพียงพอ

๓. การให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยารักษาโรคเบาหวานจะใช้ในกรณีที่ปรับพฤติกรรมแล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยยาที่นำมาใช้จะขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือด และปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งแพทย์อาจใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน เช่น ยารับประทานชนิดยาเมทฟอร์มิน (Metformin) และยากลุ่มโรโซลิดีนไดโอน (Thiazolidinediones) เป็นกลุ่มที่ลดภาวะดื้ออินซูลินหรือยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea) ช่วยกระตุ้นให้ตับอ่อนหลั่งสารอินซูลินเพิ่มขึ้น เป็นต้น ยาฉีดอินซูลิน (Insulin Therapy) มีอยู่หลายชนิด โดยแพทย์เป็นผู้พิจารณาชนิดของอินซูลินที่จะฉีดให้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วย

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แบ่งได้ ๒ ชนิดคือ

๑. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute diabetic complication)

๑.๑ น้ำตาลสูงแบบมีคีโตนในกระแสเลือด (Diabetic Ketoacidosis; DKA) เป็น ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรักษาอย่างถูกต้องทันทีที่มักพบในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๑ และมีสาเหตุชักนำ คือ ภาวะเครียด ที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อ ขาดการฉีดอินซูลิน กลไกการเกิด Ketoacidosis เนื่องจากมีอัตราส่วนของ Insulin และ Glucagon ลดลงคือมี Insulin น้อยแต่ Glucagon เพิ่มขึ้นทำให้มีการสร้างกรดไขมันอิสระมากขึ้นและเกิดการ oxidized กรดไขมันให้สาร Ketone Bodies ออกมาในกระแสเลือดมากมีผลทำให้ร่างกายเกิดภาวะความเป็นกรดจากการเผาผลาญไขมัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๒ น้ำตาลสูงแบบไม่มีคีโตน (Hyperosmolar Hyperglycemic State; HHS) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ พบว่าผู้ป่วยมี Insulin ในเลือดสูงแต่มีการต้านการออกฤทธิ์ของ Insulin ที่เนื้อเยื่อ เป้าหมายคือกล้ามเนื้อ ตับ เนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) การที่มีการต้านฤทธิ์ของ Insulin นี้ เกิดจากการมี Insulin receptor ลดลงทำให้มี Insulin ไม่เพียงพอเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้น้ำตาลในเลือดขึ้นสูงมากจนเกิดภาวะ HHS

๑.๓ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) หมายถึงสภาวะซึ่งเกิดขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่า ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สาเหตุของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดจาก การบริโภคอาหารไม่พอเพียง พลาดเวลาอาหารเช้าหรืออาหารว่าง ออกกำลังกายมากเกินไป และลืมเพิ่มอาหารฉีด Insulin หรือรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลเกินขนาด ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นทันทีทั้งหมด เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันจนเป็นเหตุให้ชักไม่รู้สีกตัว อาจเกิดความพิการทางสมองหรือตายได้ ถ้าไม่ได้รับการบำบัดโดยทันที

๒. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic diabetic complication)

๒.๑ ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ ทำให้มีการตีบตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่สำคัญมี ๓ ชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral vascular disease)

๒.๒ ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงฝอย (Microvascular Complications) พยาธิสภาพที่หลอดเลือดฝอยคือ มีการหนาตัวของ basement membrane ซึ่งเกิดกับหลอดเลือดฝอยทั่วร่างกาย แต่ที่สำคัญๆ และทำให้มีปัญหาทางคลินิกคือ ที่จอตา (Diabetic Retinopathy) ที่โกลเมอรูลัสของไต (Diabetic Nephropathy)

๒.๓ ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาทแบ่งได้หลายชนิด ได้แก่

- ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท sensory ผู้ป่วยจะมีอาการชา และปวดแสบปวดร้อนไปตามแขน ขา อาจมีการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อมือ และรีเฟล็กซ์ลดลง
- ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท motor ที่พบบ่อย ได้แก่ เส้นประสาทสมองคู่ที่ ๓, ๔, และ ๖ ซึ่งทำให้การกลอกตาบกพร่อง และคู่ที่ ๗ ซึ่งทำให้เกิดอัมพาตของใบหน้าครึ่งซีก (Bell's palsy)
- ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาทออโตโนมิก ที่พบบ่อย ได้แก่ ระบบทางเดินอาหารซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย ท้องผูก และระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งทำให้เกิด neurogenic bladder ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิด postural hypotension และ resting tachycardia ระบบสืบพันธุ์ ทำให้เกิดสมรรถภาพทางเพศเสื่อม (impotence)

บทบาทของพยาบาลในการควบคุมโรคเบาหวาน

เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องที่จะดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ดี การสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนเองเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ทีมสุขภาพทุกคนมีส่วนรับผิดชอบในการสอนผู้ป่วย พยาบาลก็เป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดผู้หนึ่งที่จะสอนผู้ป่วยได้ เพราะเป็นผู้ที่รู้ถึง การวินิจฉัย การรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ควรสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะและอันตรายของโรค วิธีการควบคุมรักษาโรค การปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การรักษาสุขอนามัย ตลอดจนการประเมินภาวะควบคุมโรคด้วยตนเอง การสอนผู้ป่วยสามารถเริ่มได้ทันทีที่วินิจฉัยโรคได้ เมื่อผู้ป่วยพ้นจากป่วยหนักและอาการคงที่ หรือเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจที่คลินิก นอกจากนั้นเมื่อพยาบาลออกไปเยี่ยมบ้านก็สามารถสอนผู้ป่วยและครอบครัวได้เช่นกัน เนื้อหาที่ใช้สอน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ควรมีมาตรฐานเดียวกันในแต่ละสถาบัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ครอบคลุม สม่าเสมอและไม่สับสน วิธีการสอนอาจสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มหรือเป็นรายบุคคล และใช้อุปกรณ์การสอน เช่น หนังสือสไลด์ประกอบ เพื่อดึงดูดความสนใจและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาง่ายขึ้น งานที่สอนผู้ป่วยควรจะมีการจ่ายงานให้พยาบาลรับผิดชอบ เช่นเดียวกับงานในหน้าที่อื่น ๆ และมีการบันทึกไว้เพื่อติดต่อให้ผู้อื่นได้ทราบ มีการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำการสอน

ความเชื่อของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งรวมทั้งโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) จะมีผลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ พยาบาลจึงควรประเมินความเชื่อของผู้ป่วยตลอดจนทัศนคติ การยอมรับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา สภาพจิตใจ ชีวิตครอบครัว และสังคมของผู้ป่วยเพื่อจะได้วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง สิ่งสำคัญก็คือจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ได้รับความร่วมมือที่ดีเช่นกัน

๓.๒ ทฤษฎีการใช้กระบวนการพยาบาล

๓.๒.๑ ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing Theory) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง ๔ ด้าน ให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะสุขภาพของกาย จิต สังคมของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เชื่อว่าการเจ็บป่วยไม่ใช่ความผิดปกติแต่ร่างกายเท่านั้น ทุกระบบมีความสัมพันธ์ ดังนั้นการรักษาจึงส่งเสริมความเป็นองค์รวมไม่ใช่การรักษาเฉพาะส่วน การดูแลต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ ความหมายและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล นำมาใช้ในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของบุคคล เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยรวมทั้งปัจจัยทางกายภาพ จิตวิญญาณ และสังคม ดังนี้

๑) ด้านร่างกาย (Physical) การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกาย ตรวจสภาพร่างกาย และการรักษา

๒) ด้านจิตใจ (Mental) การสนับสนุนและปรับสภาพทางจิตใจ โดยการพูดคุย สนับสนุน อารมณ์ และปรับให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวก

๓) ด้านสังคม (Social) การสนับสนุน และสร้างความเข้าใจในการรับรู้สภาวะและสังคมรอบข้าง สนับสนุนทรัพยากรทางสังคม

๔) ด้านวิญญาณ (Spiritual) การสนับสนุนทางจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนา การให้พื้นที่การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาทุกศาสนา

๓.๒.๒ ทฤษฎีกระบวนการพยาบาล (Nursing Process Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ (Nursing Assessment) ขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลเป็นการรวบรวม จัดกลุ่ม ตรวจสอบ และบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการอย่างมีระบบ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลต่อไป

๒. การวินิจฉัยทางพยาบาล (Nursing Diagnosis) ขั้นตอนของการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เพื่อนำมาตัดสินว่าปัญหาหรือสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในขณะนั้นคืออะไร

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นคืออะไร พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ แผลความ จัดกลุ่ม ตัดสิน และกำหนดชื่อของภาวะสุขภาพนั้น เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลต่อไป

๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing Planning) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำเอาปัญหาหรือสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่ประเมินได้จากขั้นตอนการวินิจฉัยมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ทราบว่าปัญหาใดต้องได้รับการแก้ไขก่อนหลัง จากนั้นกำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล และเขียนแผนการพยาบาลลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

๔. การปฏิบัติพยาบาล (Nursing Implementation) ขั้นตอนเพื่อนำแผนที่กำหนดไว้ในขั้นที่ ๓ มาสู่การปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ภายหลังปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องทำการบันทึกกิจกรรมที่ได้ให้

๕. การประเมินผล (Nursing Evaluation) การประเมินว่า ผู้รับบริการได้รับการดูแลและมีการพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายที่วางไว้ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ในขั้นตอนนี้พยาบาลและผู้รับบริการต้องตัดสินใจร่วมกันว่าแผนการพยาบาลได้ผลหรือไม่ มีปัจจัยใดที่มีผลทำให้บรรลุผลหรือล้มเหลว ถ้าพบว่าการพยาบาลที่ปฏิบัติไม่บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องปรับแผนการพยาบาลใหม่ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ข้อ ๑-๔ ใหม่ จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

๓.๒.๓ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน

ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการประเมินสุขภาพของมอร์จอรีกอร์ดอน (Marjory Gordon) แบบแผนการประเมินสุขภาพของมอร์จอรีกอร์ดอนนั้นสำคัญ ปัจจุบันใช้ในการประเมินผู้ป่วย แนวทางการประเมินแบ่งเป็น ๑๑ แบบแผน ซึ่งประเมินจากพฤติกรรมภายในและภายนอก โดยพฤติกรรมภายในจะเป็นสิ่งที่เรามองไม่เห็นได้จากภายนอกซึ่งมีความผิดปกติในร่างกาย เช่น ความคิด เป็นต้น และบางครั้งพฤติกรรมภายในจะเป็นสิ่งชี้้นำให้พฤติกรรมภายนอกแสดงออกมา โดยพฤติกรรมภายนอกแบ่งเป็นสิ่งที่ออกมาเป็นคำพูด ก็คือผู้ป่วยแสดงความรู้ ความคิด พูดออกมาสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมภายใน ส่วนที่ไม่เป็นคำพูด ก็คือการที่ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง โดย ๑๑ แบบแผนมีดังนี้

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง เป็นด้านเดียวที่ไม่มีการตรวจร่างกาย

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ประเมินพฤติกรรม และ ผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องกิน เช่น ปรับเวลา เบื่ออาหาร กลืนลำบาก การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระบบย่อยอาหาร

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย ประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเล็กโทรไลต์ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา

แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อย แขนงอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผลการตรวจระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ ประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (Relax) และผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ การสังเกตอาการแสดงถึงการนอนไม่พอจะดูปัจจัยส่งเสริมอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อกรนอน

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญาและการรับรู้ ประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้า การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ ประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาต่าง ๆ ความสามารถในการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ ประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ เป็นต้น สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจหรือการท้อแท้สิ้นหวัง

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ ประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง บทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง เพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่ตั้งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร) ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด ประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ความเจ็บป่วย พฤติกรรมในการดูแลตนเอง รู้สึกทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว

แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ ประเมินภาวะทางจิตใจ พฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดต่อ การดำเนินชีวิต และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การงดเว้นของแสลงของตนเอง

๓.๓ เกสัชวิทยา

กลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

- กลุ่มยาขับปัสสาวะ ได้แก่ ยาไฮโดรคลอโรไธยาไซด์ (hydrochlorothiazide) ยาฟูโรซีไมด์ (furosemide) ยาอะมิโลไรด์ (amiloride) เป็นต้น ยาจะออกฤทธิ์โดยการขับเกลือออกจากร่างกาย ทำให้ปัสสาวะบ่อย ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้คือ อาจจะทำให้ร่างกายขาดน้ำ ระดับโปแตสเซียมในเลือดผิดปกติ ระดับไขมันในเลือดสูง

- กลุ่มยาปิดกั้นการไหลของแคลเซียมเข้าสู่เซลล์ ได้แก่ ยาไนเฟดิปีน (nifedipine) ยาแอมโลดิปีน (amlodipine) เป็นต้น จากการปิดกั้นการไหลของแคลเซียมเข้าสู่เซลล์นี้เอง จะเป็นผลให้กล้ามเนื้อที่หลอดเลือดคลายตัวและนำไปสู่การขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลงตามมา ยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงได้แก่ ใจสั่น ปวดศีรษะ ช้อเท้าบวม ท้องผูก

- กลุ่มยายับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซิน เรียกว่า ยากลุ่มยาเอซีอีไอ (ACEI) ซึ่งย่อมาจาก angiotensin converting enzyme ได้แก่ ยาเอนาลาพริล (enalapril) ยาแคปโตพริล (captopril) ยาไลซีนพริล (lisinopril) เป็นต้น ยาจะออกฤทธิ์โดยยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่สร้างแองจิโอเทนซิน (angiotensin)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว ดังนั้นเมื่อไม่มีแอนจิโอเทนซิน การหดตัวของหลอดเลือดจึงเกิดน้อยลง ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ไอแห้ง ๆ เกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง

- กลุ่มยาขัดขวางการจับตัวรับแอนจิโอเทนซิน เรียกว่า ยากลุ่มยาเออาบี (ARB) ซึ่งย่อมาจาก angiotensin receptor blocker ได้แก่ ยาลอซาร์แทน (losartan) ยาเอบิซาร์แทน (irbesartan) ยาวาลซาร์แทน (valsartan) ยาแคนดิซาร์แทน (candesartan) เป็นต้น ผลของการขัดขวางไม่ให้แอนจิโอเทนซินจับกับตัวรับนี้จะทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันโลหิตจึงลดลง ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ เกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง

- กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า ได้แก่ ยาอะทีโนลอล (atenolol) ยาโพรปราโนลอล (propranolol) ยาเมโทโพรลอล (metoprolol) เป็นต้น ยาจะปิดกั้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ชีพจรช้าลง แล้วเกิดความดันโลหิตลดลงตามมา ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ ที่พบบ่อยได้แก่ อาการอ่อนเพลียซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงแรกที่ได้รับประทานยาแต่อาการจะลดลงเมื่อรับประทานยาอย่างต่อเนื่องประมาณ ๑-๒ สัปดาห์ อาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่อาจพบได้คือ อาการซึมเศร้า ฝันร้าย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ยาในกลุ่มนี้ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืด หรือเป็นโรคถุงลมโป่งพอง เพราะอาจทำให้อาการของโรคปอดดังกล่าวกำเริบได้ง่ายขึ้น

- กลุ่มยาปิดกั้นแอลฟา ได้แก่ ยาปราโซซิน (prazosin) ยาโดกซาโซซิน (doxazosin) เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้จะปิดกั้นระบบประสาทอัตโนมัติที่กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และเป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยาในกลุ่มนี้ คือ ความดันโลหิตต่ำเวลาเปลี่ยนท่า ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการหน้ามืดได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ควรระมัดระวังการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างทันทีทันใดเช่น หากต้องการลุกขึ้นยืนเมื่ออยู่ในท่านอนมานาน ๆ ควรเปลี่ยนเป็นท่านั่งก่อน แทนที่จะลุกขึ้นยืนจากท่านอนทันที อาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่อาจพบได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น อ่อนแรง

- กลุ่มยายขยายเส้นเลือดแดง ได้แก่ ยาไฮดราลาซีน (hydralazine) ยาไมนออกซิديل (minoxidil) เป็นต้น ยามีฤทธิ์ขยายเส้นเลือดโดยตรง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ หน้าแดง ใจสั่น ปวดศีรษะ เป็นต้น

ยารักษาความดันโลหิตสูงที่ใช้ในกรณีศึกษา

Hydralazine : ยาที่มีคุณสมบัติในการขยายหลอดเลือด มีกลไกการออกฤทธิ์โดยทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดเกิดการคลายตัว จึงช่วยลดแรงต้านทานภายในหลอดเลือดและส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงเลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้ดีขึ้นนำมาใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจวาย หรืออาจใช้เพื่อรักษาโรคหรืออาการอื่น ๆ

สรรพคุณของยา Hydralazine เป็นยายขยายหลอดเลือดใช้สำหรับ รักษาความดันโลหิตสูง และ ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือด ทำให้หัวใจสามารถสูบฉีดเลือดได้ง่ายขึ้น ช่วยลดภาระของหัวใจ และเพิ่มปริมาณเลือดไปยังอวัยวะสำคัญ

กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์โดยตรงในการขยายหลอดเลือด โดยเฉพาะในหลอดเลือดฝอย สามารถลดความดันโลหิตและแรงต้านของหลอดเลือด ตัวยาก่อให้เกิดการบวม น้ำ มีแนวโน้มเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปที่ไตและสมอง ฤทธิ์ของยามีผลต่อความดันไดแอสโตลิก (diastolic) มากกว่าความดันซิสโตลิก (systolic)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ข้อบ่งชี้

ชนิดรับประทาน มีข้อบ่งชี้ คือ รักษาโรคความดันโลหิตสูง ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ขนาดเริ่มต้น ๔๐-๕๐ มิลลิกรัมต่อวัน โดยแบ่งรับประทาน สามารถเพิ่มขนาดยาได้ตามการตอบสนองของความดันโลหิต ขนาดยาสูงสุดต่อวัน คือ ๒๐๐ มิลลิกรัม

ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ มีข้อบ่งชี้ รักษาความดันโลหิตสูงวิกฤติ ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ขนาดเริ่มต้น ๕-๑๐ มิลลิกรัม โดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ อาจให้ยาซ้ำหลังจากให้ยาครั้งแรก ๒๐-๓๐ นาที หากจำเป็น หรืออาจให้ยาแบบ continuous infusion โดยให้ขนาดเริ่มต้น ๐.๒-๐.๓ มิลลิกรัมต่อนาที ขนาด maintenance ๐.๐๕-๐.๑๕ มิลลิกรัมต่อนาที

ข้อควรระวังของการใช้ยา อาจทำให้เกิดอาการใจสั่น ปวดศีรษะ หรือบวม น้ำ ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ อาจก่อให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก อาการบวม ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ท้องเสีย ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ agranulocytosis เม็ดเลือดขาวสูง พิษต่อตับ SLE หากมีอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียน หัวใจเต้นเร็ว หรือแน่นหน้าอก ควรรีบพบแพทย์ทันที

Captopril : ยาต้านเอนไซม์เอซีอี ใช้รักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ควบคุมอาการหลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และอาจใช้ในภาวะที่มีโปรตีนรั่วจากไตจากโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ อาจใช้ Captopril เพื่อรักษาอาการอื่น ๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์ กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของ Angiotensin Converting Enzyme (ACE) โดยทำให้การสร้าง Angiotensin II ถูกยับยั้ง ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง นอกจากนั้นเนื่องจาก ACE เป็นเอนไซม์ตัวเดียวกันกับที่ใช้ในการทำลาย bradykinin ดังนั้นยาในกลุ่ม ACEI จึงมีผลลดการทำลาย bradykinin อีกด้วย ซึ่งผลดังกล่าวจะเสริมฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตมากยิ่งขึ้น เพราะ bradykinin เป็น สารเคมีที่มีฤทธิ์แรงในการทำให้หลอดเลือดขยายตัว และ bradykinin ยังมีผลกระตุ้นที่ β_2 -adrenergic receptor ที่ endothelium ทำให้เพิ่มการสร้าง nitric oxide และ prostacyclin (PGI₂) ซึ่งสารทั้งสองมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และยับยั้ง การเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ยิ่งไปกว่านั้นการยับยั้ง ACE ยังมีผลลดการทำลาย ของ prostaglandin E₂ (PGE₂) ที่มีฤทธิ์ในการขยายตัวของหลอดเลือดเช่นเดียวกัน ดังนั้นการที่ยาในกลุ่ม ACEIs สามารถยับยั้งการสร้าง Angiotensin II ลดการทำลาย bradykinin และเพิ่มปริมาณของ prostaglandin E₂ prostacyclin และ nitric oxide ได้ จึงส่งผลทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดและลดการหลั่ง aldosterone ซึ่งผลโดยรวมคือทำให้ความดันโลหิตลดลง

ข้อบ่งชี้ ใช้เป็นยาลดความดันโลหิต รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่า ๔๐% ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวาน นิยมใช้ในภาวะ hypertensive urgency คือ มีความดันโลหิตมากกว่า ๑๘๐/๑๒๐ mmHg แต่ไม่มีภาวะของ end organ damage โดยเริ่มต้นให้ในขนาด ๒๕-๕๐ mg และให้ซ้ำได้ทุก ๑-๒ ชั่วโมง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อห้ามใช้ ไตวายรุนแรง คนที่มีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง โรคเส้นเลือดแดงที่ไตตีบทั้งสองข้าง โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติคตีบรุนแรง หรือโรคหัวใจโตชนิด hypertrophic obstructive cardiomyopathy ไม่ควรใช้ในผู้ที่ตั้งครภ์ เพราะอาจทำให้เกิดทารกพิการได้

ข้อควรระวัง อาจทำให้เกิดภาวะไตวายได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตมาก่อน หรือมีภาวะขาดน้ำ หัวใจล้มเหลว

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่พบบ่อยมาก คือ อาการไอ บางครั้งอาจมีอาการไออยู่นานถึง ๓ สัปดาห์ หลังหยุดยา ความดันโลหิตต่ำ อาจทำให้มีอาการหน้ามืดได้ อาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อาจมีอาการปวดศีรษะ เวียนหน้า อ่อนเพลียได้

Losartan : ใช้สำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นยาในกลุ่ม Angiotensin receptor blockers (ARBs) ที่ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนได้ง่ายขึ้น ใช้ช่วยปกป้องไตไม่ให้ถูกทำลายจากโรคเบาหวาน และยังใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่มีหัวใจโต เมื่อความดันโลหิตลดลงจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด และโรคไต

สรรพคุณของยา รักษาความดันโลหิตสูง ช่วยลดความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และโรคไต รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวใช้ในการรักษาและป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวโดยช่วยให้หัวใจทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ป้องกันโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ลดความเสี่ยงของโรคไต และการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีโปรตีนในปัสสาวะ

กลไกการออกฤทธิ์ เป็นยาที่อยู่ในกลุ่ม angiotensin II receptor blockers (ARBs) ซึ่งทำงานโดยการบล็อกการทำงานของแองจิโอเทนซิน II (angiotensin II) ซึ่งเป็นสารเคมีในร่างกายที่มีบทบาทในการเพิ่มความดันโลหิตทำงานโดยการบล็อกตัวรับแองจิโอเทนซิน II ชนิด AT๑ ซึ่งจะป้องกันไม่ให้แองจิโอเทนซิน II สามารถเพิ่มความดันโลหิตได้ การลดการทำงานของแองจิโอเทนซิน II ยังช่วยลดการหลั่งแอลโดสเตอโรน ซึ่งจะช่วยลดปริมาณโซเดียมและน้ำในร่างกาย และลดความดันโลหิต ผลของการบล็อกตัวรับแองจิโอเทนซิน II จะช่วยขยายหลอดเลือด ลดความดันโลหิต และป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีใช้ยา ยามีหลายขนาด เช่น ๒๕ mg, ๕๐ mg และ ๑๐๐ mg ส่วนใหญ่แพทย์จะสั่งยา Losartan ๕๐ mg ในการรักษาทั่วไป จะรับประทานวันละ ๑ ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหาร ขนาดยาที่ได้รับจะขึ้นกับสภาวะโรคและการตอบสนองต่อการรักษา ถ้าใช้ยา Losartan รูปแบบยาน้ำ ให้เขย่าขวดก่อนใช้ยาทุกครั้ง ให้แจ้งแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้นหรือมีอาการแสบ เช่น เมื่อวัดความดันโลหิตพบว่าความดันโลหิตยังคงสูงอยู่

ผลข้างเคียง/อาการข้างเคียง เวียนศีรษะ หรือหน้ามืด อาการของภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ

กลุ่มยารักษาโรคเบาหวาน

ยาเบาหวานแบบฉีด

- ยาเบาหวานรูปแบบฉีด ส่วนใหญ่จะใช้ฉีดเข้าใต้ผิวหนังเพื่อให้ตัวยาน้ำออกฤทธิ์ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวยาเบาหวานในรูปแบบยาฉีด ได้แก่ ยาฉีดอินซูลิน มักจะบรรจุอยู่ในหลอดยาหรือปากกาสำหรับฉีดเข้าใต้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผิวหนัง เมื่อฉีดยาเข้าสู่ร่างกายแล้ว ยาจะไปเพิ่มระดับฮอร์โมนอินซูลินในกระแสเลือด ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ยาเบาหวานแบบฉีดอินซูลินมีทั้งรูปแบบสารละลายใสและสารละลายขุ่นขึ้นกับชนิดและระยะเวลาการออกฤทธิ์ นอกจากนี้ยาฉีดอินซูลินยังมีทั้งรูปแบบยาเดี่ยว เช่น Humulin R ®, Humulin N ®, Novorapid ®, Insulatard ® เป็นต้น และรูปแบบผสม เช่น Mixtard ®, Novomix ® เป็นต้น

- ยาฉีดที่ไม่ใช่อินซูลิน แต่จะอยู่ในรูปแบบสารละลายสำหรับฉีดได้ผิวหนังเช่นเดียวกัน ตัวยาจะอยู่ในกลุ่มฮอร์โมน GLP-๑ (GLP-๑ receptor agonist) ออกฤทธิ์กระตุ้นให้ร่างกายสร้างฮอร์โมนอินซูลินในร่างกาย ลดภาวะต้านอินซูลิน และลดความอยากอาหาร นอกจากจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ยาเบาหวานแบบฉีดกลุ่มนี้ยังมีประโยชน์ในการช่วยลดน้ำหนักด้วย เช่น Semaglutide (Ozempic ®, Rybelsus ®), Dulaglutide (Trulicity ®) เป็นต้น

- ยาฉีดผสมระหว่าง อินซูลินออกฤทธิ์ยาว และ ฮอร์โมน GLP-๑ เช่น Insulin degludec + ยาฉีดลดน้ำหนัก หรือที่เรียกกันว่าปากกาลดน้ำหนัก (Xultophy ®)

ยาเบาหวานแบบรับประทาน จะเป็นกลุ่มยาที่แพทย์เลือกใช้รักษาผู้ป่วยเบาหวานเป็นอันดับแรก เนื่องจากสะดวกต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยมักให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งทำให้ได้ผลการรักษาที่ได้ประสิทธิภาพตามมา ยาเบาหวานรูปแบบรับประทาน ได้แก่

- กลุ่ม Biguanide ได้แก่ กลุ่มยาลดภาวะดื้ออินซูลิน (เช่น Siamformet ®, Meformin ®, etc.) เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานมาเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และราคาไม่แพงสามารถใช้ได้ในหญิงตั้งครรภ์ โดยยาเบาหวานตัวนี้จะช่วยให้ร่างกายตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินได้ดีขึ้น และยังลดการสร้างน้ำตาลที่ตับ

- กลุ่ม Sulfonylureas ได้แก่ ยาที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (เช่น Minidiab ®, Dipazide ®, Glygen ®), Glibenclamide (เช่น Benclamide® Diabenol ®), Gliclazide (เช่น Diamicron ®, Glucozide ®, Glizid-M ®), Glimepiride (เช่น Diaglip ®, Gliparil ®) ยาเบาหวานกลุ่มนี้จะเพิ่มการสร้างฮอร์โมนอินซูลินจากตับอ่อน ทำให้ระดับน้ำตาลลดลงทันทีหลังจากรับประทานยา ดังนั้นควรรับประทานก่อนอาหารไม่เกิน ๓๐ นาที เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- กลุ่ม Non-Sulfonylureas ได้แก่ Rapaglinide (เช่น Novonorm ®), Mitiglinide (เช่น Glufast ®) ยาเบาหวานกลุ่มนี้จะเพิ่มการสร้างฮอร์โมนอินซูลินจากตับอ่อนได้เช่นเดียวกับยาในกลุ่ม Sulfonylureas แต่แนะนำให้รับประทานยานี้ก่อนอาหารทันที เนื่องจากยาออกฤทธิ์ได้ค่อนข้างเร็ว

- กลุ่ม Thiazolidinediones เช่น Actos ®, Gitazone ®, Piozone ®, Utmos ® ตัวยาจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเพิ่มการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน

- กลุ่ม DPP-๔ Inhibitors เช่น Vildagliptin (เช่น Dayvul ๕๐ ®, Galvus ®), Alogliptin (เช่น Nesina ®) ยาเบาหวานกลุ่มนี้จะช่วยเพิ่มการสร้างฮอร์โมนอินซูลินในร่างกาย เพิ่มความไวต่ออินซูลิน และลดความอยากอาหารได้

- กลุ่ม SGLT-๒ Inhibitors เช่น Canaglifloxin (เช่น Invokana ®), Dapagliflozin (เช่น Foxiga ®), Empagliflozin (เช่น Jardiance ®) ยาเบาหวานกลุ่มนี้จะช่วยเพิ่มการกำจัดน้ำตาลออกทางปัสสาวะมาก นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตได้

- กลุ่ม GLP-๑ Receptor Agonist เช่น Semaglutide (Rybelsus ®) ตัวยาจะออกฤทธิ์กระตุ้นให้ร่างกายสร้างฮอร์โมนอินซูลินในร่างกาย ลดภาวะต้านอินซูลิน และลดความอยากอาหารได้เช่นเดียวกับยาในรูปแบบฉีด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลข้างเคียงยาเบาหวาน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ไม่สบายท้อง ท้องอืด เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะง่ายขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ยากลุ่ม SGLT-2 inhibitors ดังนั้นผู้ป่วยไม่ควรกลั้นปัสสาวะและควรรักษาความสะอาดหลังขับถ่ายเสร็จ ภาวะบวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น สามารถพบได้ในผู้ที่ใช้ยา Pioglitazone

ยาเบาหวานที่ใช้ในกรณีศึกษา

Metformin : จะไปลดการสร้างน้ำตาลที่ตับ (Hepatic gluconeogenesis) สามารถลดระดับ free fatty acid ในพลาสมาได้ และช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลิน (peripheral insulin sensitivity) รวมทั้งลดการดูดซึมน้ำตาลที่บริเวณลำไส้ด้วย ซึ่งยา Metformin จะถูกกำจัดออกจากร่างกาย ทางไตเป็นหลักใช้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว

ข้อบ่งใช้ ลดน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

ขนาดยา ขนาดสูงสุดที่รับประทานได้ ๒๕๕๐ mg/day (๘๕๐ mgx๓) บางประเทศ/บางตำรา (ถ้ายังคุม ไม่ได้) สามารถให้ได้ถึง ๓๐๐๐ mg/day (แต่ต้องเป็น Metformin ธรรมดาไม่ใช่ SR) ใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน type ๒ (เกิดได้จากหลายกลไก คือ มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) มีการหลั่งอินซูลิน (insulin secretion) และมีการสร้างกลูโคส (gluconeogenesis) เพิ่มขึ้น) โดยสามารถใช้ metformin ตัวเดียวเดี่ยว ๆ หรืออาจใช้ร่วมกับยากลุ่ม sulfonylureas เช่น glipizide glibenclamide เป็นต้น หรืออาจใช้ร่วมกับขนาดยาของ metformin ที่ใช้ คือ ๕๐๐mg - ๓๐๐๐mg โดยจะอยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์เท่านั้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งที่ควรตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องทำการตรวจเมื่อแรกพบผู้ป่วยและควรตรวจซ้ำปีละครั้ง หรืออาจส่งตรวจบ่อยขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์หากพบความผิดปกติ

๑. Fasting plasma glucose (FPG)

๒. Serum total cholesterol, high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), low density lipo-protein cholesterol (LDL-C), fasting serum triglyceride ควรงดอาหารก่อนมาตรวจเลือดอย่างน้อย ๑๒ ชั่วโมง สำหรับการตรวจ fasting serum triglyceride

๓. Serum electrolytes, serum creatinine (SCr) และประเมินค่า estimated glomerular filtration rate (eGFR)

๔. Hemoglobin และ hematocrit

๕. Urinalysis (dipstick test และ urine sediment)

๖. Electrocardiography (ECG)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญระดับโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุหรือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารเค็ม ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม โรคนี้สามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง และหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง (Severe Hypertension) ซึ่งมักหมายถึงค่าความดันโลหิต $\geq 180/120$ mmHg ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจคุกคามต่อชีวิต เช่น Hypertensive Emergency ที่มีภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะเป้าหมาย (Target Organ Damage) เช่น สมอง หัวใจ ไต หรือดวงตา

จากข้อมูลล่าสุดขององค์การอนามัยโลก (WHO) และหน่วยงานสาธารณสุขต่างประเทศ พบว่าโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สถิติโลกของโรคความดันโลหิตสูง (ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗) พบจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก ประมาณ ๑.๒๘ พันล้านคนที่มีอายุระหว่าง ๓๐-๗๙ ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยสองในสามของผู้ป่วยเหล่านี้อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ๔๖% ของผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง ๔๒% ได้รับการวินิจฉัยและรักษา และมีเพียง ๒๑% ของผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ปี ๒๕๖๔ (๒๐๒๑) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ ๑๔ ล้านคน โดยมีเพียงประมาณ ๕๐% ที่ได้รับการรักษา พบว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และไตวาย ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรไทย

จากข้อมูล HDC (HEALTH DATA CENTER) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ พบว่าจังหวัดนนทบุรี มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๑๑๕,๓๒๐ ราย, ๑๒๖,๑๔๑ ราย และ ๑๓๓,๔๕๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๙๔, ๑๑.๓๕ และ ๑๑.๓๕ ของจำนวนประชากรตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๕, ๐.๙๔ และ ๐.๙๕ ตามลำดับ สำหรับอำเภอปากเกร็ด ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๑๘,๗๓๓ ราย, ๒๔,๘๑๙ ราย และ ๒๖,๐๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๑๓, ๑๑.๒๖ และ ๑๑.๙๔ ของจำนวนประชากรตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอปากเกร็ด ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๗, ๐.๘๓ และ ๐.๕๓ ตามลำดับ โรงพยาบาลปากเกร็ด มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง admit ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ จำนวน ๒๗๓ ราย, ๒๓๕ ราย และ ๓๖๒ ราย ตามลำดับ re-admit ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ จำนวน ๖ ราย, ๔ ราย และ ๖ ราย ตามลำดับ

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้เลือกศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่พบบูรณาการองค์ความรู้ทางวิชาการ ทฤษฎีการพยาบาล แนวทางการรักษา ตลอดจนแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาทักษะทางวิชาชีพ การคิดวิเคราะห์เชิงระบบ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในการประเมินอาการเบื้องต้น การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน การบริหารยาลดความดันโลหิต การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการให้การสนับสนุนด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลต่อการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะการเฝ้าระวังอาการ การบริหารยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การศึกษากฎนี้ศึกษา ผู้ศึกษาได้นำแนวคิด Gordon's Functional Health Patterns มาใช้ในการรวบรวมข้อมูลและประเมินปัญหาด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม รวมถึงการนำทฤษฎีกระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม มาใช้วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาจากความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองรวมกับการให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากพยาบาล การศึกษากฎนี้ไม่เพียงส่งเสริมให้ผู้ศึกษามีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาวะวิกฤตเท่านั้น แต่ยังช่วยพัฒนาการคิดวิเคราะห์ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ และเสริมสร้างจิตสำนึกในวิชาชีพ เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง ร่วมกับโรคเบาหวาน ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงการจำหน่าย

๒. เพื่อให้บุคคลากรทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง ร่วมกับโรคเบาหวานของโรงพยาบาลปากเกร็ด

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

๔.๔ สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๕๖ ปี ส่วนสูง ๑๗๕ เซนติเมตร น้ำหนัก ๙๕ กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย ๓๑.๐๒ กิโลกรัม ต่อตารางเมตร (อ้วนมาก) มาโรงพยาบาล เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๓๔ น. ด้วยอาการ แรกเริ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปวดเอวข้างขวา ร้าวลงขาข้างขวา ขาชา ทั้ง ๒ ข้าง เดินแล้วรู้สึกขัด ๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้ายทอย ปวดเอว และขาหนีบ ไม่มีอาการร้าวไปบริเวณใด ซ้อมารับประทานเอง อาการไม่ดีขึ้น ๑ ปี ก่อนมาโรงพยาบาลให้ประวัติลิ้นลิ้นสะโพกกระแทกพื้น ปวดบริเวณสะโพก ซ้อมารับประทานเอง อาการทุเลา ประวัติโรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรักษา > ๕ ปี ประวัติการเข้ายา รับประทานยาสมุนไพรรางจืด การตรวจร่างกาย E&V&M pupil ๒ min Reaction to light both eyes motor power ๕ all Pain score ๒/๑๐ คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๒ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๙๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๒๔๖/๑๓๑ มิลลิเมตรปรอท ประเมินภาวะความดันโลหิตสูง เข้าได้ ๒๑๔/๑๒๒ มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา Captopril ๒๕ มิลลิกรัม ๑ เม็ด Hydralazine ๕๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ภายหลังรับประทานยา ๓๐ นาที ประเมินภาวะความดันโลหิตสูง เข้าได้ ๒๐๔/๑๑๖ มิลลิเมตรปรอท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX ๑๕๓ mg % cholesterol ๒๔๐ mg/dl การตรวจพิเศษ : CT brain No intracranial hemorrhage or

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

acute large territorial infarction EKG : Normal Sinus Rhythm CXR : No infiltration film L-S spine, both hip No fracture แพทย์ให้การวินิจฉัย Severe Hypertension with diabetic type II ให้การรักษาจนพ้นการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อควบคุมความดันโลหิต ($< 220/120$ มิลลิเมตรปรอท) ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ใช้แบบประเมินสุขภาพ ๑๑ แบบแผน ของกอร์ดอน และทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวมในการรักษาซึ่งการส่งเสริมความเป็นองค์รวมไม่ใช่การรักษาเฉพาะส่วน การดูแลต้องคำนึงถึง วัฒนธรรม ความเชื่อ ความหมายและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล นำมาใช้ในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของบุคคล เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยรวมทั้งปัจจัยทางกายภาพ จิตวิญญาณ และสังคม ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข และจำหน่ายด้วยอาการทุเลา เมื่อวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ นัดติดตามอาการวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ระยะแรกเริ่ม

อาการแรกเริ่มของผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ปวดศีรษะ ปวดเอวข้างขวา ร้าวลงขาข้างขวา ขาข้างทั้ง ๒ ข้าง การตรวจร่างกาย E&V&M pupil ๒ min Reaction to light both eyes motor power ๕ all Pain score ๒/๑๐ ค่ะแน่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๑๐๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๒๐๕/๑๒๓ มิลลิเมตรปรอท ประเมินภาวะความดันโลหิตสูง วัดซ้ำ ๑๕ นาที ภายหลังได้ ๒๐๓/๑๒๓ มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา Captopril ๒๕ มิลลิกรัม ๑ เม็ด Hydralazine ๕๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ภายหลังรับประทานยา ๓๐ นาที ประเมินภาวะความดันโลหิตสูง วัดซ้ำได้ ๒๐๔/๑๑๖ มิลลิเมตรปรอท การตรวจพิเศษ CT brain : No intracranial hemorrhage or acute large territorial infarction CXR : No infiltration film L-S spine, both hip No fracture EKG : Normal Sinus Rhythm การตรวจทางห้องปฏิบัติการ cholesterol ๒๔๐ mg/dl DTX ๑๕๓ mg% แพทย์ให้การวินิจฉัย Severe Hypertension with diabetic type II ให้การรักษาจนพ้นการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อควบคุมความดันโลหิต ($< 220/120$ มิลลิเมตรปรอท)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ ๑) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เส้นเลือดในสมองแตก หรือตีบตัน จากภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ๑ สัปดาห์ วัดความดันโลหิต ๒๔๖/๑๓๑ มิลลิเมตรปรอท ประเมินภาวะความดันโลหิตสูง วัดซ้ำได้ ๒๑๔/๑๒๒ มิลลิเมตรปรอท

๒. ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรักษา > ๕ ปี

๓. น้ำหนัก ๙๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๕ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๓๑.๐๒ กิโลกรัม ต่อตารางเมตร (อ้วนมาก)

๔. ผู้ป่วยมีระดับคอเลสเตอรอลสูง ๒๔๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตตัวบน (Diastolic) ๑๔๐-๙๐ มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง (Systolic) ๙๐-๖๐ มิลลิเมตรปรอท

๒. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท ทุก ๑ ชั่วโมง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ปฏิกริยาของรูม่านตาและการเคลื่อนไหว หากคะแนน Glasgow coma scale ลดลงจากเดิม ≥ 2 คะแนน ต้องรายงานแพทย์ทันที และวัดความดันโลหิตซ้ำทุก ๑๕-๓๐ นาที

๒. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า ๖๐ ครั้งต่อนาที รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ ขนาดของรูม่านตา (pupil) ๒ ข้าง แตกต่างกันเกิน ๑ มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง มองเห็นภาพซ้อน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น

๓. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง จัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน ๓๐ องศาโดยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกับลำตัว หลีกเลี่ยงการบิดหมุนคอซ้ายขวา ไม่งอข้อสะโพกเกิน ๙๐ องศา ไม่ให้ปลายเท้าชิดปลายเตียง เพื่อให้การไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวกขึ้น

๔. ดูแลให้รับประทานยา Captopril ๒๕ มิลลิกรัม ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า Hydralazine ๕๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ

๕. สอบถามความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตประวัติการใช้ยาต่าง ๆ

๖. อธิบาย แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การควบคุมอาหารควรรับประทานอาหารจัด ไขมันต่ำ การรับประทานยา ประเมินความถูกต้องของการรับประทานยา

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่า สัญญาณชีพ หลังให้ยาลดความดันโลหิต ๑ ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส อัตราการเต้น ชีพจร ๙๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๙๗/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ ๒) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตได้ ๒๔๖/๑๓๑ มิลลิเมตรปรอท และประเมินภาวะความดันโลหิตสูง เข้าได้ ๒๑๔/๑๒๒ มิลลิเมตรปรอท

๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ cholesterol ๒๔๐ mg/dl DTX ๑๕๓ mg%

๓. น้ำหนัก ๙๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๕ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๓๑.๐๒ กิโลกรัม ต่อตารางเมตร (อ้วนมาก)

๔. ผู้ป่วยบอกล่า รู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติเวลาทำงาน หรือเดินมาก ๆ

๕. ผู้ป่วยขอรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารทอดและมัน ต้มเครื่องต้มชูกำลัง วันละ ๑ ขวด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา ๑๐ ปี มากกว่าร้อยละ ๓๐ จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมากเป็น ๘.๗ เท่าของคนไทยเพศเดียวกัน อายุเท่ากัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตตัวบน (Diastolic) ๑๔๐-๙๐ มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง (systolic) ๙๐-๖๐ มิลลิเมตรปรอท

๒. ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่เหนื่อยขณะพัก นอนราบได้ สัญญาณชีพปกติ

๓. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ตรวจวัดความดันโลหิตและอัตราการหายใจเพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตสูง

๒. ให้ผู้ป่วยนอนพักในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ

๓. ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะตำแหน่ง ความรุนแรง อาการเจ็บร้าว ระยะเวลาที่มีอาการ

๔. ให้ความรู้โดยการบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ และฝึกทักษะในการดูแลตนเองที่จำเป็น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การลดน้ำหนัก การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานผักผลไม้ที่ไม่หวานจัด ลดปริมาณอาหารไขมันสูง น้ำตาลสูง การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียม ในอาหาร การออกกำลังกาย อย่างน้อย ๓๐ นาที ๔-๖ ครั้งต่อสัปดาห์ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด การรักษาโดยใช้ยา การรับประทานยาให้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ การมาตรวจตามนัด

๕. สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก คล้ายมีของหนักมาทับหรือบีบรัด อาจร้าวไปที่กรามหรือแขน เหนื่อยหอบ ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม เหงื่อออกตัวเย็น ซึ่งผู้ป่วยต้องรีบมาโรงพยาบาล ให้เร็วที่สุด ให้ความรู้เรื่องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙

๖. ประสานหน่วยงาน คลินิกโรคเรื้อรัง และกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เพื่อส่งต่อการรักษาการประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่เหนื่อย นอนราบได้ ประสานงานคลินิกโรคเรื้อรัง นัดตรวจ ๑ สัปดาห์ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยให้ความสนใจ ชักถามถึงอาการแสดงเมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

ระยะฟื้นฟูหรือระยะการดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว ปวดเอวข้างขวา ร้าวลงขาข้างขวา เดินแล้วรู้สึกขัด การตรวจร่างกาย E&V&M pupil ๒ min Reaction to light both eyes motor power ๕ all Pain score ๕/๑๐ ค่ะแผน การรักษา tramadol ๑ amp. IV ประวัติโรคประจำตัวโรคเบาหวาน รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรักษา > ๕ ปี ประวัติการใช้ยา รับประทานยาสมุนไพรรางจืด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ cholesterol ๒๔๐ mg/dl DTX ๑๓๕-๑๙๙ mg %

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การตรวจพิเศษ CT brain : No intracranial hemorrhage or acute large territorial infarction
CXR : No infiltration film L-S spine, both hip No fracture ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗- ๓๗.๒ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๙๒-๑๐๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๕-๑๔๗/๑๑๐-๑๑๔ มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ๓) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเอวข้างขวาบริเวณปวดสะโพกขวาและอาการชาขา

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ประวัติเส้นลัมสะโพกกระแทกพื้น ปวดบริเวณสะโพก ซ้ายารับประทานเอง เดินแล้วรู้สึกขัด
๒. Pain score ๕/๑๐ คะแนน การรักษา tramadol ๑ amp. IV
๓. film L-S spine, both hip No fracture ๒

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย รู้สึกผ่อนคลาย และพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ระดับอาการปวด Pain score ๐ คะแนน
๒. ผู้ป่วยมีความรู้สึกสุขสบาย นอนหลับพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม
๓. ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับอาการเจ็บปวด ลักษณะการเจ็บปวด ระยะเวลา ความถี่ หรือบ่อยครั้งในการปวด
๒. ถ้าระดับอาการปวด Pain score $\geq 5/10$ คะแนน รายงานแพทย์และให้ยา tramadol ๑ amp. ทางหลอดเลือดดำ ทุก ๘ ชั่วโมง เวลาปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์
๓. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนร่วมกับญาติ
๔. แนะนำวิธีดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงและช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
๕. แนะนำการลดอาการปวดด้วยการประคบอุ่น เพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายช่วยลดอาการปวด
๖. แนะนำการรักษาด้วยแพทย์แผนทางเลือก แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน เพื่อบรรเทาอาการปวด

การประเมินผล

ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ลุกเดินเข้าห้องน้ำเองได้ Pain score ๒ คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๙-๓๗.๑ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๐-๘๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๙-๑๔๙ /๑๑๐-๑๑๔ มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ๔) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยประวัติเป็นโรคเบาหวาน รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรักษา > ๕ ปี ประวัติการใช้ยา รับประทานยาสมุนไพรรางจืด
๒. DTX ๑๓๗ - ๑๔๙ mg % cholesterol ๒๔๐ mg/dl
๓. น้ำหนัก ๙๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๕ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๓๑.๐๒ กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วนมาก)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและการป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
๒. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ
๓. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงกว่าปกติได้

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ ตามเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานได้ (กรณี DM keep ๘๐-๒๕๐ mg%)
๒. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น หลอดเลือดสมองอุดตัน หลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดที่ไตเสื่อม ตา เลนส์ตา และจอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดตีบที่เท้าและเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา DTX ก่อนอาหารและก่อนนอน ให้การรักษาอยู่ในช่วง ๘๐-๒๕๐ mg % และรายงานแพทย์ทราบ
๒. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการและอาการแสดง บันทึกอาการผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วย เป็นระยะ ๆ เมื่อมาตรวจตามนัดหมายเพื่อติดตามการรักษา
๓. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการพักผ่อน ที่ถูกต้องของโรคเบาหวาน
๔. แนะนำและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ
๕. กระตุ้นและเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมารับการรักษา และการรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง ห้ามขาดยา และให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามการรักษาของแพทย์ และความต่อเนื่องในการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เช่น ลดการรับประทานขนมหวาน ผลไม้รสหวาน สามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ (DTX ๑๔๐-๑๘๙ mg.%) ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๙-๓๗.๑ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๐-๘๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๘๙-๑๘๙ /๑๑๐-๑๑๔ มิลลิเมตรปรอท

ระยะวางแผนก่อนการจำหน่าย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี สีสหน้าวิตกกังวล ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว อาการปวดเอวข้างขวาทุเลาลง การตรวจร่างกาย E๔ V๕M๖ pupil ๒ min Reaction to light both eyes motor power ๕ all Pain score ๐ คะแนน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX ๑๓๗ mg % ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้น ชีพจร ๘๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๘๗/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๕) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล พูดคุยถึงความรู้สึกวิตกกังวล “กลัวจะเป็นภาระให้ญาติ ถ้าความดันโลหิตสูงไม่หาย”

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สามารถดูแลตนเองและจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล
๒. นอนหลับพักผ่อนได้
๓. ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและสามารถปรับตัวได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำตัวเองก่อนให้การพยาบาล พูดจาชัดเจน อ่อนโยน รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อลดความวิตกกังวล

๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยระบายความในใจ ปลอดภัยกับผู้ป่วยและรับฟังด้วยท่าทางที่สงบ ไม่แสดงอาการรำคาญหรืออาการรีบร้อนในการทำงานอื่น ๆ มีเวลาให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ และตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

๓. ช่วยประสานงานให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถาม พูดคุยกับทีมแพทย์เกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามที่ต้องการ

๔. แนะนำให้ผู้ป่วยได้คิดและหาวิธีแก้ไขปัญหที่เหมาะสมด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสถานการณ์ที่รู้สึกวิตกกังวล เพื่อลดความวิตกกังวล

๕. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจทางจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเครียดว่า ความเครียดเป็นภาวะที่จิตใจและร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลจากการที่บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้น สิ่งเร้า ความกดดัน หรือความรู้สึกเกิด ความทุกข์ ความไม่สบายใจ สามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น ปลุกต้นไม้ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ออกกำลังกายตามที่ตนเองถนัด พักผ่อนให้เพียงพอ หรือการทำสมาธิ สวดมนต์

๖. แนะนำและประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการส่งต่อการรักษา การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการได้สะดวก ใกล้บ้านใกล้ใจ

๗. สร้างความตระหนักในการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙ แนะนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดเมื่อเกิดอาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง ผู้ป่วยมีความเข้าใจ มั่นใจ การปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคได้ ให้ความสนใจ ซักถาม การตรวจรักษาในสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๖) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติสอบถามวิธีปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้
๒. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น
๓. ผู้ป่วยและญาติ สามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของโรค แผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
๒. ประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพื่อให้คำแนะนำญาติในการให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้
๓. สอนและแนะนำวิธีการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อสามารถปรับตัวในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ ดังนี้

๓.๑ การรับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรเลือกรับประทาน และรับประทาน อาหารครบ ๕ หมู่ ทุก ๆ มื้อ ในแต่ละมื้อควรมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม โดยใช้สูตรเมนูอาหาร ๒ : ๑ : ๑ ตาม แนวทางของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คือ ต้องแบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง ๙ นิ้ว ออกเป็น ๔ ส่วน เท่าๆ กัน โดย ๒ ส่วนเป็นผักอย่างน้อย ๒ ชนิด อีก ๑ ส่วนเป็นข้าวหรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก ๑ ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้น เนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน และเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย เพื่อให้ร่างกายได้รับโปแตสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต และอาจช่วยลด อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

๓.๒ การรับประทานยาความดันโลหิตสูงส่วนมากมักจะพบโรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน จึงทำให้ต้องรับประทานยาหลายอย่าง ผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมการรับประทานอย่างต่อเนื่องและ ครบถ้วนตามแผนการรักษาเพื่อจัดการกับอาการแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่อาจจะเกิดขึ้นได้

๓.๓ การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ วัน โดย สามารถเลือกออกกำลังกายประเภท อื่น ๆ ที่ปรับแต่งให้เข้ากับผู้ป่วยตามความจำเป็น ความสามารถในการอดทน และความต้องการของผู้ป่วย เช่น การเดินออกกำลังกาย

๓.๓ การไปตรวจตามนัด การติดตามเข้ารับการรักษา และการเข้ามารับยาตามนัด โดยถือว่า ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และให้ความร่วมมือในการรักษาส่งผล ทำให้ผู้ป่วยมี การดำเนินของโรคในทิศทางที่ดี และความถี่ของการเข้ามารับยาตามนัด (Rate of Prescription Refills) ช่วย ประเมินว่า ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องหรือไม่ ซึ่งในรายที่สามารถดูแลตนเองได้ควรต้องมีการจัดการตนเอง อย่าง เหมาะสมในการไปพบแพทย์ตามนัด แต่หากในรายที่ต้องมีบุคคลอื่น ๆ คอยช่วยเหลืออาจต้องขอความช่วยเหลือ จากครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแล

๓.๔ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ให้ความสนใจซักถาม การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด และตอบคำถามการปฏิบัติตัวได้เหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๗) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการไม่มาตรวจตามนัดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรักษา > ๕ ปี
๒. ผู้ป่วยตัวคนเดียว ไม่มีครอบครัว
๓. ผู้ป่วยอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ไม่แน่นอน ไม่มีรายได้ประจำ รายได้เฉลี่ย ๓๐๐ บาทต่อครั้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและรับประทานยาตามแผนการรักษา สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติได้

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและรับประทานยาตามแผนการรักษา
๒. ผู้ป่วยมีความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตซิสโตลิก ๑๔๐-๙๐ มิลลิเมตรปรอท ความดัน โลหิตไดแอสโตลิก ๙๐-๖๐ มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สอดถามข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการดูแลตนเอง ปัญหา อุปสรรค เศรษฐกิจและสังคม เพื่อประเมิน ความรู้และปัญหาของผู้ป่วย
๒. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เสริมทักษะการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตดังนี้ การลดน้ำหนัก จำกัด ปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การฝึกควบคุมอารมณ์ จัดการความเครียด หลีกเลี่ยงการอดนอน ถ้าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ใน ระดับปกติได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้
๓. อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ไม่ควรซื้อยามา รับประทานเอง เพราะอาจต้องปรับขนาดของยาหรือเปลี่ยนชนิดของยาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลร่วมกับการ ปฏิบัติตนที่เหมาะสม เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันไม่ให้เกิดพยาธิสภาพมากขึ้น โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อน
๔. ถ้ามีอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา หรือมีอาการผิดปกติจากโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ป่วย รับประทานยา ไม่ควรหยุดยาเองและควรนำยาที่มีทั้งหมดมาให้แพทย์ดูทุกครั้ง เพราะผู้ป่วยจะได้ยาตามระดับ ความรุนแรงของความดันโลหิต
๕. นัดหมายผู้ป่วยพร้อมกับวางแผนเป้าหมายร่วมกันในการติดตามผลครั้งต่อไป เน้นย้ำการมาตรวจตามนัด ทุกครั้ง และติดต่อกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
๖. ประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินผล

การติดตามอาการทางโทรศัพท์ (๑ สัปดาห์ และ ๑ เดือน หลังพบแพทย์) ผู้ป่วยรับประทานยาทุกวัน ไม่เคยขาดยา อาจรับประทานยาไม่ตรงเวลาบ้าง แต่จะรับประทานยาทันทีที่นึกได้ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและ รับประทานยาตามแผนการรักษา ความดันโลหิต ๑๖๐/๙๐-๑๘๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท

สรุป

ภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดส่งผลให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน ที่คุกคามต่อชีวิต การควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายเป็นปัจจัยสำคัญที่ ชะลอการดำเนินโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การพยาบาลที่สนับสนุน ให้เกิด การปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องของผู้ป่วย ต้องอาศัยความรู้ ความ เข้าใจของผู้ให้บริการ ทั้งในแง่ของพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินโรค ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลรักษา ตลอดจนการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง วิธีการที่จะส่งเสริม การจัดการตนเอง ประกอบด้วย การสนับสนุนให้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เนื่องจาก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีความดันโลหิตที่สูงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษา ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความชำนาญ/เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

๒. เลือกเรื่องที่สนใจโดยเลือกกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับ โรคเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

๓. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับข้อมูลประวัติ อาการ สำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีและแบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพ ผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

๔. ประเมินปัญหาความต้องการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของ กอร์ดอนในการประเมินสถานะสุขภาพ

๕. ใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

๖. ประเมินผล สรุปบทเรียนจากกรณีศึกษาตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นและแผนการพยาบาลที่ ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อเป็นการทบทวนการดูแลผู้ป่วย

๗. สรุปรายงานจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ได้ศึกษา กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน จำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน เป็นภาวะวิกฤตที่ต้อง ปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองแตก จนทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต จนกระทั่งเสียชีวิตได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. แพทย์ได้รักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิตและยาลดระดับน้ำตาลในเลือด จึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน ให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๓. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ

๔. ผู้ป่วยมีความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิต การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด

๕. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน และสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

๒. เป็นเอกสาร คู่มือ เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน

ผลกระทบ

เนื่องจากโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๒๐ เตียง รับผู้ป่วยทุกสาขา ทำให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ ส่งผลทำให้ต้องรับจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการหมุนเวียนเตียง ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องจำหน่ายก่อน ดังนั้นการวางแผนการจำหน่ายจึงสำคัญมากต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงร่วมกับโรคเบาหวาน ผู้ป่วยไม่ตระหนักในตนเองต่อการรักษาหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลให้การดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และการดูแลแบบองค์รวม โดยเสริมทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีปัจจัยมากระทบในหลายด้าน ต้องอาศัยความมุ่งมั่น แรงจูงใจ สิ่งแวดล้อม ที่ช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่ยั่งยืน

๒. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทั้งเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ใช้ผู้สนับสนุนที่มีอยู่ เช่น ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น พยาบาลจะต้องวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยประสานงานส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการเยี่ยมบ้าน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ อาจกลับไปมีพฤติกรรมเดิมหรือแรงจูงใจลดลง การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีปัจจัยมากระทบในหลายด้าน ต้องอาศัยความมุ่งมั่น แรงจูงใจ สิ่งแวดล้อม ที่ช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่ยั่งยืน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและยึดหลักการดูแล โดยเสริมแรงจูงใจด้านบวก ฝึกให้ผู้ป่วยมองมุมบวก ไม่คิดโทษตัวเองเมื่อเกิดความผิดพลาด รวมทั้งพยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ เชื่อว่าทุกคน มีศักยภาพในตนเอง ทุกคนรักตนเอง ดังนั้นพยาบาลมีหน้าที่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยออกมาและเสริมแรงในทุกกระยะอย่างต่อเนื่อง ต้องให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบทวนคิดวิเคราะห์ตนเอง ค้นหาแรงบันดาลใจของผู้ป่วยให้พบ แล้วชวนผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายที่ผู้ป่วยเป็นคนกำหนดเอง ใช้การเสริมพลังในทุกด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ตามค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค เพื่อปรับแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเอง เช่น การใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม และการประสานงานกับทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาและข้อจำกัดของผู้ป่วย

๒. มีแนวทางการสื่อสารที่ถูกต้อง กระชับ ชัดเจน ตรงตามประเด็นที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย อธิบายถึงอันตราย ผลเสีย ตลอดจนความสำคัญเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขปัญหที่กำลังเกิดขึ้น และยังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคสู่ภาวะแทรกซ้อนอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

๓. การนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มาใช้ในการให้บริการและการประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เช่น การใช้โปรแกรมช่วยในการประเมินความเสี่ยงโดยรวม เพื่อให้มีเวลาในการแนะนำผู้ป่วย เรื่องการปฏิบัติตัวมากขึ้น ลดระยะเวลาการสอน และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวปวีณา นิธิทรัพย์ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- | | | |
|---------------------------|-----------------|-------------------|
| ๑) นางสาวปวีณา นิธิทรัพย์ | สัดส่วนของผลงาน | ๑๐๐% |
| ๒) | สัดส่วนของผลงาน |(ระบุร้อยละ) |
| ๓) | สัดส่วนของผลงาน |(ระบุร้อยละ) |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)นางสาว ปวีณา นิธิทรัพย์.....
 (นางสาวปวีณา นิธิทรัพย์)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) ๒๖ / ๖ / ๖๕
 ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวปวีณา นิทรพยั	<i>นางสาวปวีณา นิทรพยั</i>
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *[ลายมือชื่อ]*

(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) *๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๔*

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) *[ลายมือชื่อ]*

(นายอนุกุล เอกกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) *๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๔*

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) *[ลายมือชื่อ]*

(นายปรพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) *๒๑ มิ.ย. ๒๕๖๔*

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องราวไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการสแกนผ่าน QR Code

๒. หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญระดับโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุหรือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารเค็ม ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมโรคนี้สามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง และหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง (Severe Hypertension) ซึ่งมักหมายถึงค่าความดันโลหิต $\geq 180/120$ mmHg ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจคุกคามต่อชีวิต เช่น Hypertensive Emergency ที่มีภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะเป้าหมาย (Target Organ Damage) เช่น สมอง หัวใจ ไต หรือดวงตา

จากข้อมูลล่าสุดขององค์การอนามัยโลก (WHO) และหน่วยงานสาธารณสุขต่างประเทศ พบว่าโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สถิติโลกของโรคความดันโลหิตสูง (ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗) พบจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ ๑.๒๘ พันล้านคนที่มีอายุระหว่าง ๓๐-๗๙ ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยสองในสามของผู้ป่วยเหล่านี้อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ๔๖% ของผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง ๔๒% ได้รับการวินิจฉัยและรักษาและมีเพียง ๒๑% ของผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ปี ๒๕๖๔ (๒๐๒๑) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ ๑๔ ล้านคน โดยมีเพียงประมาณ ๕๐% ที่ได้รับการรักษา พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และไตวาย ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรไทย

จากความสำคัญดังกล่าวการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต จากข้อมูล HDC (HEALTH DATA CENTER) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ พบว่า จังหวัดนนทบุรี มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๑๑๕,๓๒๐ ราย, ๑๒๖,๑๔๑ ราย และ ๑๓๓,๔๕๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๙๔, ๑๑.๓๕ และ ๑๑.๓๕ ของจำนวนประชากรตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๕, ๐.๙๔ และ ๐.๕๘ ตามลำดับ สำหรับอำเภอปากเกร็ด ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๒๐,๗๒๖ ราย, ๒๔,๘๑๙ ราย และ ๒๖,๐๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๑๓, ๑๑.๒๖ และ ๑๑.๙๔ ของจำนวนประชากรตามลำดับอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอปากเกร็ด ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๗, ๐.๘๓ และ ๐.๕๓ ตามลำดับ โรงพยาบาลปากเกร็ด มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง admit ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ จำนวน ๒๗๓ ราย, ๒๓๕ ราย และ ๓๖๒ ราย ตามลำดับ re-admit ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ จำนวน ๖ ราย, ๔ ราย และ ๖ ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้บรรลุผลดังกล่าวพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการดูแลรักษา แรงจูงใจ ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้เหมาะสม ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจึงมีแนวคิด

เพื่อจะหาแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยส่งเสริมแนวทางการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องมาใช้ในการปฏิบัติงาน จึงมีแนวคิดจัดหาแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่าน QR code ขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยเน้นการวางแผนการพยาบาลก่อนการจำหน่าย และการให้ความสำคัญการให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

แนวโน้มยังพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมา admitted อย่างต่อเนื่อง ปัญหาสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงเนื่องจากผู้ป่วยไม่ตระหนักในตนเองต่อการรักษาหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อเนื่อง ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาและอุปสรรคที่ต้องใช้ยาาร่วมกันหลายชนิดทำให้รับประทานยาไม่ครบถ้วน การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้น เมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การเสริมทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีปัจจัยมากระทบหลายด้าน ต้องอาศัยความมุ่งมั่น แรงจูงใจ ที่จะช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่ยั่งยืน เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

แนวความคิด

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม คือ บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ครอบครัว ซึ่งพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือโดยการสอน แนะนำ สนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing Theory) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง ๔ ด้าน ให้มีภาวะสมดุลคงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะสุขภาพของกาย จิต สังคม ของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เชื่อว่าการเจ็บป่วยไม่ใช่ความผิดปกติแต่ร่างกายเท่านั้น ทุกระบบมีความสัมพันธ์ ดังนั้นการรักษาจึงส่งเสริมความเป็นองค์รวมไม่ใช่การรักษาเฉพาะส่วน การดูแลต้องคำนึงถึง วัฒนธรรม ความเชื่อ ความหมายและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล นำมาใช้ในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของบุคคล เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยรวมทั้งปัจจัยทางกายภาพ จิตวิญญาณ และสังคม ดังนี้ ๑) ด้านร่างกาย (Physical) การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกาย ตรวจสภาพร่างกาย และการรักษา ๒) ด้านจิตใจ (Mental) การสนับสนุนและปรับสภาพทางจิตใจ โดยการพูดคุย สนับสนุน อารมณ์ และปรับให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวก ๓) ด้านสังคม (Social) การสนับสนุน และสร้างความเข้าใจในการรับรู้สภาวะและสังคมรอบข้าง สนับสนุนทรัพยากรทางสังคม ๔) ด้านวิญญาณ (Spiritual) การสนับสนุนทางจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนา การให้พื้นที่การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา ทุกศาสนา

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory nursing system) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลต้องประเมินและใช้ระบบการพยาบาลให้เหมาะสมแต่ละราย โดยมีวิธีการกระทำได้ใน ๕ วิธี ได้แก่ ๑) การกระทำให้หรือกระทำแทน (acting for or doing for) ๒) การชี้แนะ (guiding) ๓) การสนับสนุน (supporting) ๔) การสอน (teaching) และ ๕) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment)

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่จะใช้กับผู้ป่วยที่จะทำกิจกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมแต่ยังขาดความรู้และทักษะและต้องการ การสนับสนุน ชี้แนะ แนะนำแนวทางและสนใจ จากพยาบาลในการปฏิบัติ การดูแลตนเองรวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้อื้ออำนวยต่อผู้ป่วยที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง หรือปรับกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม การสอนต้องให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ในระบบนี้พยาบาลต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยพยายามในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอ

๑. การรับรู้ข้อมูลโดย มีแนวทางการสื่อสารที่ถูกต้อง กระชับ ชัดเจน การแนะนำผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวช่วยลดระยะเวลาการสอนและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคสู่ภาวะแทรกซ้อนอันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

๒. พัฒนาการใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line Official Account) เป็นเครื่องมือในการให้ข้อมูลและเป็นช่องทางการเข้าถึงตัวผู้ป่วยและญาติ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยอาจกลับไปมีพฤติกรรมเดิมหรือแรงจูงใจลดลงเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีปัจจัยมากระทบในหลายด้าน แนวทางแก้ไข พยาบาลมีหน้าที่ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยออกมาและเสริมแรงจูงใจในทุกๆอย่างอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยค้นหาแรงบันดาลใจของผู้ป่วยให้พบ ใช้การเสริมพลังในทุกด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแนวทางการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น
๓. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชีวิต การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีแนวทางการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน ๑ เรื่อง
๒. ร้อยละของผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น $\geq 85\%$
๓. อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในโรงพยาบาล ใน ๒๘ วัน (re-admit) = ๐

(ลงชื่อ)นางสาวปวีณา..... นิตร์พย์

(นางสาวปวีณา นิตร์พย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)๒๓...../.....๒๖...../.....๒๕.....

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวปวีณา นิทรพยั

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๘
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๖
๓. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๗
๔. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	๑๐	๘
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการตัดสินใจ เสี่ยงต่อภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๘
รวม	๑๐๐	๘๗

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

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

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ*

(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๘

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(☒) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(☐) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายอนุกุล เอกกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) ๗.๗ มิ.ย. ๒๕๖๔

(ลงชื่อ)

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๒๑ มิ.ย. ๒๕๖๔

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวปวีณา นิทรพย

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(.....(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ).....)

(ตำแหน่ง)ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี.....

(วันที่)๒๙.๐๖.๒๕๖๔.....

หมายเหตุ : เอกสารประกอบการขอประเมินบุคคล ของ นางสาวปวีณา นิทรพย

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลปากเกร็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวปลิดา อินทปาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช	๒๐๗๐๘๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช	๒๐๗๐๘๒	เลื่อนระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด : กรณีศึกษา” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “บทบาทของพยาบาลกับการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” Qmhw 7						๑๐๐%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด : กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรือเกิดขึ้นทันทีอย่างรวดเร็วภายใน ๒๔ ชั่วโมง มีสาเหตุมาจากการลดลงของการไหลเวียนเลือด ซึ่งเกิดจากการถูกขัดขวางการจัดส่ง Oxygen เข้าสู่สมองทำให้ Oxygen ไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อระบบประสาทในสมองทำให้เซลล์สมองขาดไกลโคเจน ดังนั้นพลังงานจะลดลงอย่างรวดเร็ว จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อในสมอง ซึ่งพบว่าร้อยละ ๘๕ - ๘๗ ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบขาดเลือด ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น ๒ ชนิด คือ

๑. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่าร้อยละ ๘๕ ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก ๒ ชนิดย่อย ได้แก่

๑.๑ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจาก หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

๑.๒ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

๒. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง แบ่งได้ ๒ ชนิด ได้แก่

๒.๑ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

๒.๒ โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด การเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นผู้ป่วยอาจพบอาการที่เรียกว่า ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack : TIA) ซึ่งเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงชั่วคราวหนึ่ง จากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน แต่จะเกิดขึ้นเพียงช่วงเวลาสั้นๆ ก่อนที่ลิ่มเลือดจะสลายตัวไป และกลับเข้าสู่ภาวะปกติ อาการนี้ถือเป็นสัญญาณเริ่มต้นของโรคหลอดเลือดสมอง ควรรีบไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุด โรคหลอดเลือดสมองรักษาหายได้ โดยวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง แต่หลังจากรักษาหายแล้วผู้ป่วยจะกลับมาเป็นปกติได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมอง และการทำกายภาพบำบัด

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เกิดจากภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งเป็นผลมาจาก Atheroma, Thrombi หรือ Emboli ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลงส่งผลให้เกิดการขาดเลือดในหลอดเลือดบริเวณนั้น ซึ่งถ้าเกิดการอุดตันที่สมบูรณ์จะทำให้เกิดการขัดขวางการนำส่งของ Oxygen และ Glucose ที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดการไหลเวียนที่ลดน้อยลงซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายภาพของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน การไหลเวียนเลือดที่ลดลงจนถึงศูนย์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมองภายใน ๔-๑๐ นาที โดยมีปริมาณเลือดน้อยกว่า ๑๖-๑๘ ml/๑๐๐g/min ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิด เนื้อตาย ภายใน ๑ ชั่วโมงและปริมาณเลือด ที่น้อยกว่า ๒๐ ml/ ๑๐๐g/min เป็นสาเหตุของการขาดเลือด โดยปราศจากการตายของเนื้อเยื่อนอกจากจะมี ความยาวนานของการขาดเลือด เป็นเวลาหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน ซึ่งถ้าการไหลเวียนเลือดมีการกลับคืนเหมือนก่อนหน้าที่จะมีการอุดตัน ผู้ป่วยจะมีอาการขาดเลือดชั่วคราว เช่น TIA

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด สามารถแบ่งแยกประเภทตามสาเหตุของการเกิดโรคตาม TOAST (Trial of Org ๑๐๑๗๒ in Acute Stroke Treatment) ได้เป็น ๕ กลุ่ม ดังนี้

๑. Large Artery Athero Sclerotic (หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง) พบได้ประมาณ ร้อยละ ๒๐ ของการเกิดโรค โดยเกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดที่มี Atheroma Plaque ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่สามารถทำให้ตำแหน่งของการเกิดลิ่มเลือดเนื่องจากเมื่อส่วนของหลอดเลือดแดงที่มีการแข็งตัว มีการแตกเป็นแผล จะทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดออกมาไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง นำไปสู่การกำเริบที่ลดลงและการขาดเลือดในสมองตามมา โดยพบว่าร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยจะมีอาการ TIA นำมาก่อน โดยส่วนมากผู้ป่วยมักจะตื่นขึ้นมาพร้อมกับอาการพร่องทางระบบประสาทซึ่งเกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมองขึ้น ในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนหลับหรือในเวลาที่นั่งพักผ่อน เนื่องจากเป็นช่วงที่ความดันในกระแสเลือดลดต่ำลง และผลักดันเลือดไปในช่องทางที่แคบของหลอดเลือดมีผลให้ระบบการกำเริบลดลง มีการลดลงของ Cerebral Perfusion ทำให้เกิดการขาดเลือดและสามารถพัฒนาเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ ซึ่งพื้นที่ของการขาดเลือดในสมองขึ้นอยู่กับบริเวณของ เส้นเลือดรวมทั้งตำแหน่งภายในบริเวณของเส้นเลือดของการเกิด Thrombus ซึ่งอาจจะเป็นส่วนของ Proximal หรือ Distal

๒. Small Artery Occlusion or Lacunar Infarcts (หลอดเลือดฝอยในสมองตีบ) พบได้ประมาณ ร้อยละ ๒๐ - ๒๕ โดยพบว่า เกิดจากมีการอุดตันของหลอดเลือดฝอยที่อยู่ลึกลงในเนื้อสมอง ทำให้เกิดเป็นโพรงเล็กๆ ที่เหลืออยู่ในเนื้อสมอง ที่เกิดขึ้นหลังจากมีการตายของเนื้อเยื่อ เป็นผลทำให้หลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยมีสาเหตุจาก Microatheroma และ Thrombosis ซึ่งเกิดจาก Lipohyalinosis โดยจะทำให้เกิดการหนาตัวของ หลอดเลือดเล็กๆ และนำไปสู่พยาธิสภาพของการเกิดโรคได้ โดยพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ภายหลังการเกิดโรคจะพบความแตกต่างอย่างมากของอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความบกพร่องในด้านต่างๆ เช่น ด้านการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการรับรู้ความรู้สึกและด้านระบบประสาทสัมผัสต่างๆ โดยในประเทศไทยพบว่าโรคนี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดตีบถึงร้อยละ ๔๕

๓. Cardioembolism (ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองจากหัวใจ) พบได้ประมาณ ร้อยละ ๒๐ ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดโดยมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ ซึ่งเป็นผลจาก Cardiogenic Embolism จากภาวะ Atrial Fibrillation ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยเกิดจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองที่มีแหล่งกำเนิด มาจากภาวะโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบในโรคหัวใจอื่นๆ เช่น Patent Foramen Ovale (PFO), Valvular Disease, Ventricular Thrombi, Myocardial Infarction, Congestive Heart Failure, Atrial Septal Aneurysm พบว่า Atherosclerosis และ Atherogenic Plaque ของ Proximal Aorta เป็นแหล่งกำเนิด ของการค้นพบการเกิด Cardiac Emboli และ Atherogenic Plaque มักจะพบได้บ่อยในหลอดเลือด Coronary ในหัวใจและทางแยกของ Aorta เป็นสิ่งที่นำมาให้เกิดความดันโลหิตสูงและ Atrial Fibrillation ซึ่ง Unstable Plaque สามารถหลุดออกกลายเป็น Microemboli ไปยังสมองซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งพบว่า Microemboli จากหัวใจเป็นการเคลื่อนที่เข้าไปในระบบสมองมากที่สุด โดยผ่านเข้าไปใน Carotid Arteries ซึ่งจะมีการไหลเวียนไปจนกระทั่งหลอดเลือดมีการตีบแคบลงและยังมีการให้ผ่านเข้าของ Embolus ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดขึ้นได้ โดยหลอดเลือดที่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นบ่อยๆ คือ Left Middle Cerebral Artery ซึ่งในโรคนี เกิดขึ้นบ่อยๆ เมื่อผู้ป่วยตื่นขึ้นและมีการทำกิจกรรมต่างๆซึ่งอาการที่เกิดขึ้น มักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอาการบกพร่องที่แสดงออกมามากที่สุดภายในช่วงเวลาสั้นๆ โดยในประเทศไทยพบสาเหตุของการเกิดโรคนี ร้อยละ ๑๓

๔. Other Determined Etiology (สาเหตุที่พบบ่อย) พบได้ประมาณ ร้อยละ ๕ ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นผลมาจาก Nonatherosclerotic Vasculopathies, Hypercoagulable State,

ความผิดปกติของระบบโลหิต, การเกิดการอักเสบ, ไมเกรน, มีภาวะการหดเกร็งของหลอดเลือดและการใช้สารเสพติด ซึ่งพบว่าสาเหตุนี้พบในคนไทยเพียงร้อยละ ๘

๕. ไม่ทราบสาเหตุพบว่าประมาณ ร้อยละ ๓๐ ของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุที่ไม่แน่นอน ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มที่ให้บริการวินิจฉัยสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ชัดเจน ซึ่งพบว่าสาเหตุนี้พบในคนไทยเพียงร้อยละ ๒

แนวทางการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ในผู้ป่วยบางรายอาการอาจค่อยเป็นค่อยไป ภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน (Progressive Stroke) บางครั้งอาจมีลักษณะเป็นขั้นบันได คือ อาการเลวลง สลับกับดีขึ้นชั่วคราว โดยสามารถแบ่งการวินิจฉัยออกเป็น การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาและห้องปฏิบัติการ ดังนี้

๑. การวินิจฉัยโรคโดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย

๑.๑ การซักประวัติ การซักประวัติควรถามถึง อาการแสดงที่เริ่มเป็น อาการปวดศีรษะและตำแหน่งที่ปวด อาการร่วม โรคที่เป็นอยู่ก่อนจะเกิดอาการ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติอาการสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (TIA) ประวัติการสูบบุหรี่ การกินยาคุมกำเนิด ระดับโคเรสเตอรอล การกินยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประวัติที่มีความผิดปกติของระบบการเคลื่อนไหวการรับรู้ลึก สายตามัวลงหรือมองเห็นภาพซ้อน นอกจากนี้ การซักประวัติถึงอาการที่แสดงอาจช่วยบอกถึงตำแหน่งและสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองได้อีกด้วย

๑.๒ การตรวจร่างกาย การประเมินสัญญาณชีพ ระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนของเลือด การตรวจทางระบบประสาทวิทยา ด้วยแบบประเมิน NIHSS และตรวจระดับการรู้สติและระดับ Glasgow Coma Scale ตรวจดูการเคลื่อนไหวของแขนขาและระดับความรู้สึก ความผิดปกติของการพูดหรือการมองเห็นภาพและตรวจหน้าที่ของเส้นประสาทสมองร่วมด้วย

๒. การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาและทางห้องปฏิบัติการ

๒.๑ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง สามารถแยกภาวะสมองขาดเลือด และเลือดออกในสมองได้อย่างชัดเจน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดจะพบมีความผิดปกติเป็นบริเวณสีเทาต่ำ (Hypodensity Area) และอาจมีการบวมของสมองร่วมด้วย

๒.๒ การใช้คลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging/ MRI) ซึ่งมีข้อดีที่สามารถเห็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมองได้ชัดเจนและยังอาจตรวจหลอดเลือดขนาดใหญ่ในสมองได้พร้อมกัน โดยอาจไม่ต้องฉีดสารเพิ่มความแตกต่างของภาพ (Contrast Agent)

๒.๓ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยบอกสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งช่วยในการตัดสินใจการรักษาในระยะเฉียบพลัน การตรวจที่สำคัญที่ควรทำในระยะแรก คือการตรวจเม็ดเลือด (Complete Blood Count), ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS), เกลือแร่ในเลือด (Serum Electrolyte), Partial Thromboplastin Time (PTT), การทำงานของไตและ Arterial Blood Gas ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดออกซิเจน ทั้งนี้ในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วหรือจากหลอดเลือดดำมีความจำเป็นมาก เพื่อแยกภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในทางตรงกันข้ามถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป อาจทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลงจึงควรรีบให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

๒.๔ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีความสำคัญเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างมากกับโรคหัวใจ โดยเฉพาะ Atrial Fibrillation เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันยังหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้น ยังพบโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยอาจมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง

อาการที่เกิดขึ้นจะอยู่กับความเสียหายของสมอง โดยอาการของโรคหลอดเลือดสมองทั้ง ๒ ชนิดจะค่อนข้างคล้ายกัน แต่ชนิดเลือดออกในสมองจะมีอาการปวดศีรษะและอาเจียนร่วมด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีหลายอาการ ร่วมกัน เช่น

๑. ร่างกายอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพาตที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย และมีอาการเหน็บชาร่วม
๒. มีปัญหาเกี่ยวกับการพูดหรือเข้าใจคำพูดผิดเพี้ยน
๓. มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว และมีอาการบ้านหมุน
๔. สูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน
๕. มีอาการมึนงงอย่างรุนแรง

นอกจากนี้ก่อนเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ซึ่งมักจะกินเวลานาน หลังจากนั้นอาการจะหายไป ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนบอกถึงอันตราย เพราะภาวะดังกล่าวนั้นเป็นการแสดงให้เห็นว่าเริ่มมีความผิดปกติที่หลอดเลือด ควรรีบไปพบแพทย์อย่างเร่งด่วน โดยอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวนี้มีอาการสังเกตได้ ดังนี้

๑. สูญเสียการมองเห็นชั่วคราว เนื่องจากหลอดเลือดที่ไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงดวงตามีเลือดอุดตัน

๒. สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและความรู้สึกของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งชั่วคราว เนื่องจากเกิดการอุดตันที่หลอดเลือดแดงแคโรติด อาเทอรี (Carotid Arteries) ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่มีความสำคัญต่อระบบการไหลเวียนเลือดที่สมอง อีกทั้งขณะที่เกิดอาการดังกล่าว อาจมีปัญหาในการมองเห็นภาพซ้อน บ้านหมุน สูญเสียการทรงตัว และอาจไม่สามารถพูดคุยสื่อสารหรือเข้าใจคำสั่งของผู้อื่นได้ชั่วคราว หากอาการเริ่มกินเวลานานขึ้นหรือไม่มีทีท่าว่าจะทุเลาลง ควรรีบไปพบแพทย์โดยด่วน

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นโรคที่พบได้บ่อย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศไทย การดูแลรักษาจึงมีความสำคัญมาก เพื่อป้องกันการเกิดความพิการอย่างถาวรหรือการเสียชีวิตในระยะเริ่มแรก ความรวดเร็วในการรักษาถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น โดยการรักษาโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันออกไปตามชนิดของโรค มีแนวทางในการดูแลรักษา ดังนี้

๑. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) การรักษาจะเน้นไปที่การให้ยาเพื่อบรรเทาอาการ และป้องกันอาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง ยาบางชนิดจะต้องรีบใช้ทันทีเมื่อเกิดอาการและใช้ในระยะเวลานั้นๆ จนกว่าอาการจะเริ่มดีขึ้น แต่ยาบางชนิดอาจต้องใช้ต่อเนื่องในระยะยาวมีแนวทางการรักษา ดังนี้

๑.๑ ประเมินผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยประเมินสัญญาณชีพ ดูแลทางเดินหายใจวัด Oxygen Saturation ถ้ามีความผิดปกติควรรีบแก้ไขอย่างเร่งด่วน

๑.๒ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) เป็นมาตรฐานของการรักษาในโรคสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน ในกรณีที่การซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน ๓ ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ โดยยาที่ใช้คือ Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) โดยขนาดยาที่ให้คือ ๐.๙ มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ แต่ขนาดของยาทั้งหมดต้องไม่เกิน ๙๐ มิลลิกรัม โดยแบ่ง ๑๐% bolus ภายใน ๑ - ๒ นาที และที่เหลืออีก ๙๐% ให้ฉีดทันทีทางหลอดเลือดดำ (IV drip) ภายใน ๑ ชั่วโมง โดยใส่ Infusion pump โดยมีเกณฑ์พิจารณาในการให้ยา ดังนี้

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Indication)

๑. มีอาการของสมองขาดเลือดภายใน ๔.๕ ชั่วโมง หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ischemic stroke และมีอาการทางระบบประสาทมาไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง โดยบอกเวลาได้ชัดเจน แน่นนอน
๒. อายุมากกว่า ๑๘ ปี
๓. ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองไม่พบว่ามีเลือดออกในเนื้อสมองหรือชั้นได้เยื่อหุ้มสมอง

ข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

๑. ความดันโลหิตในช่วงก่อนการรักษาสูง โดยความดันเลือด systolic สูงกว่า ๑๘๕ mmHg และความดันเลือด diastolic สูงกว่า ๑๑๐ mmHg
๒. มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน
๓. ตรวจพบเนื้องอกในสมอง
๔. มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน ๓ เดือน
๕. มีอาการชักตั้งแต่เริ่มแรกหลังเกิดอาการ
๖. รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin) โดยมีค่า prothrombin time (PT) มากกว่า ๑๕ วินาที หรือมีค่าinternational normalized ratio (INR) มากกว่า ๑.๗
๗. รับประทาน heparin ภายใน ๔๘ ชั่วโมงและมีค่า partial thromboplastin time (PTT) ผิดปกติ
๘. มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า ๑๐๐,๐๐๐/มม^๓
๙. มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน ๑๔ วัน
๑๐. มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน ๒๑ วัน
๑๑. มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า ๕๐ หรือสูงกว่า ๔๐๐ มิลลิกรัม/ เดซิลิตร
๑๒. มีภาวะเลือดออกของอวัยวะภายใน active internal bleeding
๑๓. มีประวัติสงสัยภาวะ subarachnoid hemorrhage
๑๔. มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายใน ๓ เดือน
- ๑.๓ การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) การให้แอสไพริน ควรให้เร็วที่สุดในผู้ป่วยที่มี Ischemic Stroke ระยะเฉียบพลัน ภายใน ๔๘ ชั่วโมง ในขนาด ๓๒๕ มก./วัน หลังจากมีอาการ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำน้อยในกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพริน และในกรณีที่มีผู้ป่วยได้รับยา rt-PA การให้ยาแอสไพริน ควรให้หลังได้รับยา rt-PA ไปแล้ว ๒๔ ชั่วโมง

๑.๔ การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anti coagulate) ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด โดยเฉพาะ Heparin เป็นยาที่ใช้กันมานานในการรักษาโรคสมองขาดเลือด สำหรับจุดประสงค์ของการใช้ยาในกลุ่มนี้เพื่อการรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองเป็นมากขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ในการป้องกันการเกิดโรคสมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีสาเหตุจากลิ่มเลือดหัวใจ ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่มนี้คือ การเกิดเลือดออกในตำแหน่งต่างๆ โดยเฉพาะเลือดออกในสมอง

๑.๕ ยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วยเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในสมองในระยะยาว

๑.๖ ยาลดไขมันในเลือด หากระดับไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยจะต้องใช้ยาลดไขมันในเลือดเพื่อป้องกันไขมันสะสมกลายเป็นคราบพลัคเกาะที่ผนังหลอดเลือด จนกลายเป็นสาเหตุให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด

๒. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดจำนวนไม่น้อยที่อาจมีอาการเลือดออกในสมองด้วย และต้องได้รับยาเพื่อลดความดันโลหิต และยาช่วยป้องกัน

อาการรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อกำจัดลิ่มเลือดออกจากสมองและ ช่อมแซมหลอดเลือดในสมองที่แตก หรือฉีกขาด นอกจากนี้หากเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (Hydrocephalus) ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อระบายของเหลวออกจากสมองซึ่งแพทย์อาจต่อท่อพลาสติกเล็กๆ เพื่อระบายของเหลวออกจากสมองด้วย โดยการรักษาหลักๆ ที่ใช้ในโรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ ได้แก่

๒.๑ การผ่าตัดหูดเลือด (Surgical Clipping) แพทย์จะนำคลิปขนาดเล็กๆ หนีบที่บริเวณฐานของหลอดเลือดที่โป่งพองและมีเลือดออก วิธีนี้จะช่วยหยุดการไหลเวียนของเลือดและทำให้บริเวณหลอดเลือดที่โป่งพองไม่มีเลือดไหลออกมาอีก

๒.๒ การใส่ขดลวด (Endovascular Embolization) เป็นวิธีการรักษาด้วยการสวนท่อขนาดเล็กเข้าไปที่หลอดเลือดสมองผ่านขาหนีบ จากนั้นแพทย์จะใส่ขดลวดเข้าไปยังหลอดเลือดที่โป่งพอง โดยขดลวดนี้จะเข้าไปขัดขวางการไหลเวียนเลือดที่เข้าไปในหลอดเลือดที่โป่งพองและป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือด

๒.๓ การผ่าตัดกำจัดเส้นเลือดที่มีปัญหา (Surgical AVM Removal) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติ แพทย์จะผ่าตัดเพื่อนำส่วนที่ผิดปกติออก โดยจะคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ ๒ ของการเสียชีวิตและอันดับ ๓ ของความพิการ จากการสำรวจในปี พ.ศ.๒๕๖๒ ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๐๑ ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๑๒.๒ ล้านคน (หรือมีผู้ป่วย ๑ คนในทุก ๓ วินาที) และเสียชีวิต ๖.๕ ล้านคน (World Stroke Organization, ๒๐๒) จากรายงานสถิติสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัตราป่วย ๓๐๗.๙ , ๓๓๐.๖ และ ๓๕๔.๕ ต่อแสนประชากร และมีอัตราการเสียชีวิต ๒๗.๕ , ๓๐.๑ และ ๓๑.๗ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

จากรายงานสถิติห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลปากเกร็ด ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่าสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยภาวะเร่งด่วนคุกคามต่อชีวิต และต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า มีจำนวน ๕๕, ๔๑ และ ๖๙ ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลปากเกร็ด, ๒๕๖๖) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยพบผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในระบบ Fast track ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ จำนวน ๒๑ , ๒๑ และ ๑๐ ราย ตามลำดับ และไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวยังมีโรคอื่นร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบในช่วงกลุ่มอายุ ๔๐ - ๘๓ ปี และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยการให้การรักษากลุ่มดังกล่าว มีการดูแลภายใต้ข้อจำกัดด้านศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง ไม่มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤต หรือต้องเข้ารับการผ่าตัด รวมทั้งในศักยภาพการดูแลภายหลังการผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน จำเป็นส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ในการเชื่อมประสานระบบให้เป็นเนื้อเดียวกันโดยใช้ระบบส่งต่อระบบ Stroke Fast track ลดปัจจัยเสี่ยงในการล่าช้า เพื่อให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว โดยมุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพเพิ่มโอกาสให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้นต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติอย่างถูกต้องรวดเร็วเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิต และอัตราการเกิดความพิการ
๓. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันและแนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การดำเนินของโรค การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ลดอัตราการเสียชีวิต ลดความพิการ และลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำ

๔.๔ สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๐ ปี น้ำหนัก ๘๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๔ เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ ๓ อาชีพรับจ้าง (รักษาความปลอดภัย) รายได้ ๑๓,๐๐๐ บาทต่อเดือน มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง รักษาโรงพยาบาลปากเกร็ด ปฏิเสธประวัติแพ้ยาและแพ้อาหาร ดื่มสุรวันละ ๑ ขวด ๔ วันต่อสัปดาห์ สูบบุหรี่ ๑๐ มวนต่อวัน ปฏิเสธประวัติผ่าตัด

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลปากเกร็ด เมื่อวันที่ ๑๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยญาตินำส่งให้ประวัติพบผู้ป่วยมีอาการ ซึมลง ไม่พูด เวลา ๑๖.๐๐ น. พบผู้ป่วยครั้งสุดท้ายที่เห็นผู้ป่วยเดินได้ปกติ พูดคุยรู้เรื่องตลอดเวลา ๑๔.๓๐ น. (Last seen normal) ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลปากเกร็ด

เวลา ๑๖.๓๐ น. แกรับโรงพยาบาลปากเกร็ด ประเมินอาการทางระบบประสาท Glasgow Coma Scale (GCS) E๔V๒M๕ ประเมินการประเมินกำลังของแขนขา (Motor power) แขนขวาระดับ ๐ แขนซ้ายระดับ ๕ ขาขวาระดับ ๐ ขาซ้ายระดับ ๕ รูม่านตา (Pupil) ๓ มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง ประเมิน NIHSS Score (National Institutes of Health Stroke Scale) เท่ากับ ๑๔ คะแนน สัญญาณชีพแกรับ อุณหภูมิ ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๖ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๒๐๐/๑๐๒ มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๘ เปอร์เซ็นต์ แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, eGFR, Electrolyte, PT PTT INR ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ ๑๓๗ มิลลิกรัมต่อเดลิตร พบว่าผลปกติ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) พบ sinus Rhythm rate ๘๔ ครั้งต่อนาที No ST-Change ตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกปกติ ผลการตรวจ Full inspiration, trachea in midline, No infiltration, No pneumothorax No hemothorax, No cardiomegaly ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ON ๐.๙ % NSS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ผสมกับ KCL ๔๐ มิลลิกรัมวาลีนต่อลิตร อัตราการไหล ๘๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ Nicardipine ๑ : ๕ ทางหลอดเลือดดำอัตรา ๑๐ ซีซีต่อชั่วโมงวินิจฉัยโรคเป็น Acute Ischemic Stroke ประสานส่งต่อระบบ Stroke fast track โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

สัญญาณชีพแกรับ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า E๔V๒M๕ แกรับอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ การหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๖๒/๗๘ มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation ๙๗ % (room air) แพทย์ประเมินการประเมินกำลังของแขนขา (Motor power) แขนขวาระดับ ๐ แขนซ้ายระดับ ๕ ขาขวาระดับ ๐ ขาซ้ายระดับ ๕ รูม่านตา (Pupil) ๓.๐ มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง (reaction to light both eye) ประเมิน NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) Score เท่ากับ ๑๔ คะแนน อัตรา (CT brain without contrast) พบว่ามี Small hypodense lesion at Left internal capsule, Left basal ganglia NO ICH แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วย

ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ในเวลา ๔.๕ ชั่วโมง ก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้รับ Nicardipine ๑ : ๕ ทางหลอดเลือดดำอัตรา ๑๐ ซีซีต่อชั่วโมง ปรับขึ้นหรือปรับลง ทีละ ๓ ซีซีต่อชั่วโมง Keep BP ๑๘๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ประเมินและเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt-PA ประเมินไม่มีข้อห้ามในการให้ยา โดยพิจารณาให้ยา rt-PA ๗๒ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (ผู้ป่วยน้ำหนัก ๘๐ กิโลกรัม) ให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ๗.๒ มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำภายใน ๑ นาที และให้ยาละลายลิ่มเลือด ๖๔.๘ มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ๖๐ นาที Admit ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับยาครบ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Coma score E๔V๕M๖ ประเมินการประเมินกำลัง ของแขนขา (Motor power) แขนขวาระดับ ๔ แขนซ้ายระดับ ๕ ขาขวาระดับ ๔ ขาซ้ายระดับ ๕ รูม่านตา (Pupil) ๓ มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง ทั้งสองข้าง อุณหภูมิร่างกาย ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๔ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อ นาที ความดันโลหิต ๑๕๑/๙๘ มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๘ เปอร์เซ็นต์ ประเมิน NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) Score เท่ากับ ๓ คะแนน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดศีรษะรุนแรงหรืออาการระบบประสาทเยื้อง ประเมินอาการระบบประสาทและภาวะแทรกซ้อนของยา อย่างใกล้ชิด ทุก ๑๕ นาที หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ๒๔ ชั่วโมง ส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ (CT brain without contrast) พบว่า No intracranial hemorrhage or large territorial infarction ผู้ป่วยปลอดภัย และฟื้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเช่นความดันโลหิตสูง ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะสมองบวม ขณะนอนรักษาอยู่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยได้รับยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) ซึ่งเป็นยาด้านเกล็ดเลือดควบคุมอาการและป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ASA ๘๑ มิลลิกรัม ๑ เม็ด หลังอาหารเวลาเช้า ภายหลัง ๔๘ ชั่วโมง ประเมินอาการทางระบบประสาททุก ๑ ชั่วโมง เฝ้าระวังภาวะ Bleeding และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ **ปัญหาทางการแพทย์ที่ ๑** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดัน ในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน**การพยาบาลที่สำคัญ** ดูแลวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการทางสมอง ทุก ๑ ชั่วโมงและบันทึกอาการ ของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ สูง เช่นปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว รูม่านตาไม่เท่ากัน เกร็ง แขน ขาอ่อนแรงลงจากเดิม ความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม ๒๐ เปอร์เซ็นต์ และความดันชีพจรกว้างขึ้น (Pulse pressure ๕๐ - ๖๐ มิลลิเมตรปรอท) รูปแบบการหายใจปกติ ลักษณะ Cheyne Stroke, Hyperventilation เป็นต้น ดูแลให้ได้รับยา Nicardipine ๑ : ๕ ทางหลอดเลือดดำอัตรา ๑๐ ซีซีต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะการเกิดเลือดออกในสมอง ร่วมกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของยา เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และดูแลดูแลเสมหะ ในกรณีที่มี Secretion ในปากและลำคอมากเพื่อลดการเกิด ความดันในกะโหลกศีรษะสูง **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ ความดันโลหิตคงที่ สามารถหยุดการให้ยาลดความดันทางหลอดเลือดดำและเปลี่ยนเป็นยาลดความดันโลหิต ชนิดรับประทานได้ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ๑๒๐ - ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตช่วงล่าง ๘๐ - ๙๐ มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง ๗๖ - ๘๙ ครั้ง ต่อนาที ประเมินกำลังของแขนขา (Motor power) แขนขวาระดับ ๔ แขนซ้ายระดับ ๕ ขาขวาระดับ ๔ ขาซ้าย ระดับ ๕ รูม่านตา (Pupil) ๓.๐ มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง (Reaction to light both eye) ไม่มีอาการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ และไม่มีอาการแสดงถึงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น **ปัญหาทางการแพทย์ที่ ๒** มีภาวะ Electrolyte imbalance เนื่องจากโพแทสเซียมต่ำ **การพยาบาลที่สำคัญ** ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียม ต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนล้า กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ ๐.๙%NaCl ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ผสมกับ KCL ๔๐ มิลลิอิกวาเลนทต่อลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล ๘๐ ซีซีต่อชั่วโมงติดตามการทำงานของหัวใจ (Monitor EKG) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์ทราบทันทีหากมีค่าผิดปกติวัดสัญญาณชีพ ทุก ๑ ชั่วโมง และประเมินตำแหน่งที่ให้ยาเพื่อ

ป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัว สัมผัสได้เอง ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อเป็นตะคริว คลื่นไส้อาเจียน สัญญาณชีพ ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ๑๒๐ - ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ๙๐ - ๗๐ มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง ๗๖ - ๘๙ ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงถึงภาวะโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ บริเวณที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่เกิดภาวะ Phlebitis ปัญหาทางการพยาบาลที่ ๓ มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากแขนขาขวาอ่อนแรง การพยาบาลที่สำคัญ ดูแลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดบนเตียง หมุนระดับเตียงให้ต่ำและยกราวกันเตียง ขึ้นทั้งสองด้าน ล็อคล้อเตียง ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาเจ้าหน้าที่ หรือมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดเวลา แนะนำและให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ประเมินความเข้าใจญาติ ญาติมีความเข้าใจคำแนะนำสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ ปัญหาทางการพยาบาลที่ ๔ ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะ ความเจ็บป่วย การพยาบาลที่สำคัญ อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาตัวให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบ ให้ความรู้ แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตัวและการดูแล ผู้ป่วย บอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่ใช้การพยาบาลหรือมีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆกับผู้ป่วย พร้อมทั้งจะ รับทราบถึงปัญหาต่างๆ และสร้างสัมพันธภาพกับญาติด้วยท่าที่เป็นมิตร แสดงความเห็นอกเห็นใจ พุดคุยด้วย น้ำเสียงสุภาพ นุ่มนวล อ่อนโยนและรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติอย่างตั้งใจ การประเมินผล ผู้ป่วย และญาติทราบเกี่ยวกับการดำเนินของโรคพร้อมเข้าใจแนวทางการรักษา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่อง การรักษา ระยะสิ้นสุดและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีกำลังใจที่จะรักษาให้ดีขึ้น ญาติสามารถดูแลและช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้ปฏิบัติได้ตามแผนการรักษาพยาบาล โดยมีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลพุดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยความเป็นกันเอง

๓ วันหลังได้รับการดูแล ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการกลืนและแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ตรวจ Motor power แขนขวาระดับ ๔ แขนซ้ายระดับ ๕ ขาขวาระดับ ๔ ขาซ้ายระดับ ๕ แพทย์ให้การดูแลแบบประคับประคอง ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด ผักการทรงตัว กำลังกล้ามเนื้อแรกเริ่ม ประเมินกิจวัตรประจำวันค่า Barthel ADL Index เท่ากับ ๘/๒๐ คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย

๔ วันหลังนอนโรงพยาบาลอาการผู้ป่วยยังคงที่ Motor power เท่าเดิม แพทย์พิจารณา ให้ off Nicardipine (๑ : ๕) vein drip ๑๐ ml/hr ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ๑๒๐ - ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตช่วงล่าง ๙๐ - ๗๐ มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง ๗๖ - ๘๙ ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย จึงมีการวางแผน การพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่อง และฟื้นฟู เพื่อวางแผนจำหน่าย

๕ วันหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำแบบประเมินกิจวัตรประจำวันค่า Barthel ADL Index เท่ากับ ๑๗ คะแนน แพทย์อนุญาตจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลโดยนัดติดตามการรักษา ๑ สัปดาห์ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ๕ วัน

หลังติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาล ๑ อาทิตย์ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น E๔V๕M๖ รุ่มาตา มีปฏิกิริยาต่อแสงได้ดีทั้ง ๒ ข้าง Motor power แขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade ๔+ แขนขาข้างซ้าย grade ๕ ADL=๑๘ คะแนน MRS = ๓ คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น พุดชัดมากขึ้น เป็นประโยชน์มากขึ้น รับประทานอาหารได้เอง ไม่สาลัก มือกำได้ดีขึ้น ไม่มีอาการชา แขนขาขยับได้สูงขึ้น ไม่บ่นปวด เดินได้โดยใช้ไม้เท้าสามขาและเดินได้ไกลมากขึ้น ไม่มีการพลัดตกหกล้ม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาสถิติ ผู้รับบริการ เลือกรอคอยที่ต้องการศึกษาจากสถิติผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ฯลฯ
๒. ศึกษาค้นคว้าความรู้เรื่องหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากตำรา เอกสารวิชาการ และแนวปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ฯลฯ
๓. ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการผ่าตัด การแพทย์และอาหาร หรือสารเคมี รวมถึงภาวะจิตใจ รูปแบบการดำเนินชีวิต และสัมพันธภาพระหว่างคนในครอบครัวและสังคม
๔. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการพัฒนาโดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลกรณีศึกษา
๕. สรุปกรณีศึกษา นำข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด จัดเป็นเอกสารนำเสนอเป็นลำดับกรณีศึกษา
๖. เผยแพร่ผลงาน

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 ๒. เพื่อให้ญาติเข้าใจการดำเนินของโรค แนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน
๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

มีผลงานกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด : กรณีศึกษา จำนวน ๑ เรื่อง

เชิงคุณภาพ

๑. จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ถูกต้องรวดเร็วได้รับการดูแลตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม ต่อเนื่องจนมาถึงระยะส่งต่อเพื่อรักษาไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่เกิดความพิการ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะรับใหม่จนระยะจำหน่ายกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง ๕ วัน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ผลการติดตามภายหลังออกจากโรงพยาบาล ๑ อาทิตย์ ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น พุดชัดมากขึ้นเป็นประโยคยาวขึ้น รับประทานอาหารได้เองไม่ลำบาก เดินได้โดยใช้ไม้เท้าสามขา มาทำกายภาพตามนัดหมาย ติดตามอาการหลังจำหน่าย ๑ เดือนผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี พุดชัดเจนนทานอาหารธรรมดาได้ ไม่มีลำบาก แขนขามีกำลังมากขึ้น ไม่ต้องใช้ไม้เท้าสามขา

๒. มีแนวทางปฏิบัติการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมิน Guideline STROKE FAST TRACK ไว้ใช้ในหน่วยงาน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ส่งเสริมให้ผู้ศึกษาเกิดการค้นคว้าหาความรู้ ทำให้มีความรู้ ความสามารถเพื่อมาการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขาดเลือด

๖.๒ ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพและหน่วยงาน ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๖.๓ ผู้ป่วยปลอดภัยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๖.๔ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วและลดการกลับมาเป็นซ้ำ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอุบัติการณ์ การประเมินที่ล่าช้าในผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากกรณีศึกษาพบว่ามาโรงพยาบาลด้วยซึมลง ไม่พูด แขนขาข้างขวาลำแขนง พยาบาลคัดกรองประเมินอาการตั้งแต่แรกพบ สอบถามอาการกับญาติที่เห็นผู้ป่วยว่าสามารถเดินได้ ในช่วงเวลาไหนซึ่งระยะเวลาที่ญาติพบเห็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยปกติ ญาติไม่มั่นใจแต่เห็นผู้ป่วยอาการปกติครั้งสุดท้าย คือ เวลา ๑๔.๓๐ น. ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลในช่วงเวลา ๑๖.๐๐ น. ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่มีอาการทั่วไปปกติจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล คือ ๑.๕ ชั่วโมง ซึ่งอยู่ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง จึงตัดสินใจ รายงานแพทย์ เพื่อประเมินโดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อ STROKE FAST TRACK แพทย์ผู้รักษาทำการตรวจร่างกาย ประเมินการประเมินกำลังของแขนขา (Motor power) แขนขวาระดับ ๐ แขนซ้ายระดับ ๕ ขาขวาระดับ ๐ ขาซ้าย ระดับ ๕ รูม่านตา (Pupil) ๓.๐ มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง (reaction to light both eye) และประเมิน NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) Score เท่ากับ ๑๔ คะแนน จึงประสานเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการรักษาพยาบาลถูกต้อง รวดเร็ว ตามมาตรฐาน เนื่องจากญาติไม่ทราบเวลาที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยซึมลงตั้งแต่เมื่อไหร่

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษาปัญหาอุปสรรคในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพบว่า

ด้านบุคลากร : บุคลากรพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานอายุงานไม่เกิน ๐-๕ ปี บางรายขาดประสบการณ์ ในการประเมินทางระบบประสาท (Neurological sign) และการพยาบาลไม่ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านผู้ป่วย : ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง , การตระหนักรู้เมื่อมีอาการ, ขาดการออกกำลังกาย , การตระหนักอาการผิดปกติ

ด้านเครื่องมือและครุภัณฑ์ : เนื่องจากโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีเครื่อง CT Scan หรือ MRI ที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยโรค จึงจำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อวินิจฉัยโรคและได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้ทันเวลา

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายถึงชีวิตและคำให้แนะนำในเรื่องของการฟื้นฟูผู้ป่วยป้องกันภาวะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำ

๙.๒ การจัดสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล และมีคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน รวมทั้งมีการให้ความรู้ในชุมชนอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่ คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยประสานกับศูนย์บริการสาธารณสุข

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

ร้อยละ ๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวปติตา อินทปาน สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางสาวปติตา อินทปาน)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) 1 / กรกฎาคม / ๒๕๖๙
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวปติตา อินทปาน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลปากเกร็ด
 (วันที่) ๗ / ๗ / ๒๕๖๙
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
 (นายอนุกุล เอกกุล)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด
 (วันที่) ๗ / ๗ / ๒๕๖๙
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)
 (นายปริพนธ์ จุลเจิม)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
 (วันที่) ๒๑ / ๗ / ๒๕๖๙

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ขำนาญการ)

๑. เรื่อง บทบาทของพยาบาลกับการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
๒. หลักการและเหตุผล

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ให้บริการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติได้รับความช่วยเหลือ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยประเมินความรุนแรงของ การเจ็บป่วย การตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล และการใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยตลอดจน เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วย ได้อย่างทันท่วงที (สำนักวิชาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , ๒๕๖๑) หน่วยงานบริการด้านหน้าจึงมีความสำคัญของโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน หรือได้รับการบาดเจ็บสามารถเข้ารับ การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง และรวดเร็ว เพื่อลดปัญหาความรุนแรง อัตราการเสียชีวิต และความพิการที่เกิดขึ้น (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, ๒๕๕๑) กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) เป็นกระบวนการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของอาการ ซึ่งจัดเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน หรือได้รับการบาดเจ็บให้สามารถเข้ารับรักษาตามความเร่งด่วนของภาวะคุกคามต่อชีวิต (Lift threatening) หากคัดแยก ไม่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อ การแก้ไข ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือการเข้ารับการรักษาที่มีความล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยถือเป็น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลประจำหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ในการมองสภาพปัญหา รวบรวมข้อมูล ชักประวัติ รวมถึงการตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อประกอบการตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง แต่ทั้งนี้ยัง จำเป็นต้องขึ้นอยู่กับ ความรู้ความเข้าใจประสบการณ์ รวมถึงการได้รับการฝึกฝนอย่างเหมาะสม (พิมพา วีระคำ และคณะ , ๒๕๖๒, วัชรภรณ์ โต๊ะทอง, ๒๕๖๕)

ข้อมูลสถิติจากรายงานและบทวนข้อมูลการคัดแยกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่า อัตราการ ประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยสูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (Over triage) คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๒, ๐.๐๘ และ ๐.๐๕ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอัตราการประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (Under triage) คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๔, ๐.๑๒ และ ๐.๑๒ ตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปากเกร็ด, ๒๕๖๔) และส่งผลกระทบต่ออุบัติการณ์การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยล่าช้า จนทำให้มี อาการทรุดลง และจำเป็นต้องรักษาภายในโรงพยาบาลนานขึ้น จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ปัจจัยส่วนหนึ่ง เป็นผลมาจาก ความรู้ความเข้าใจในการคัดแยกผู้ป่วย และการใช้ประสบการณ์ในการตัดสินใจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการคัดแยกผู้ป่วย ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ซึ่งปัจจุบันงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด ได้นำรูปแบบของ MOPH ED Triage (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑) มาใช้เป็นแนวทางในหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่การวางแผนให้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้รวดเร็ว ทันท่วงท้อย่างปลอดภัยและลดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติ

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด จึงได้ จัดกิจกรรมบทบาทของพยาบาลกับการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินขึ้น เพื่อให้พยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงทักษะในการปฏิบัติตาม แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยในการจัดลำดับความสำคัญการดูแลผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของอาการให้เป็นแนวทาง เดียวกัน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่ต่อคุณภาพทางการพยาบาล มีมาตรฐานการดูแลอย่างเหมาะสม และเพิ่มคุณภาพ ชีวิตของประชาชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

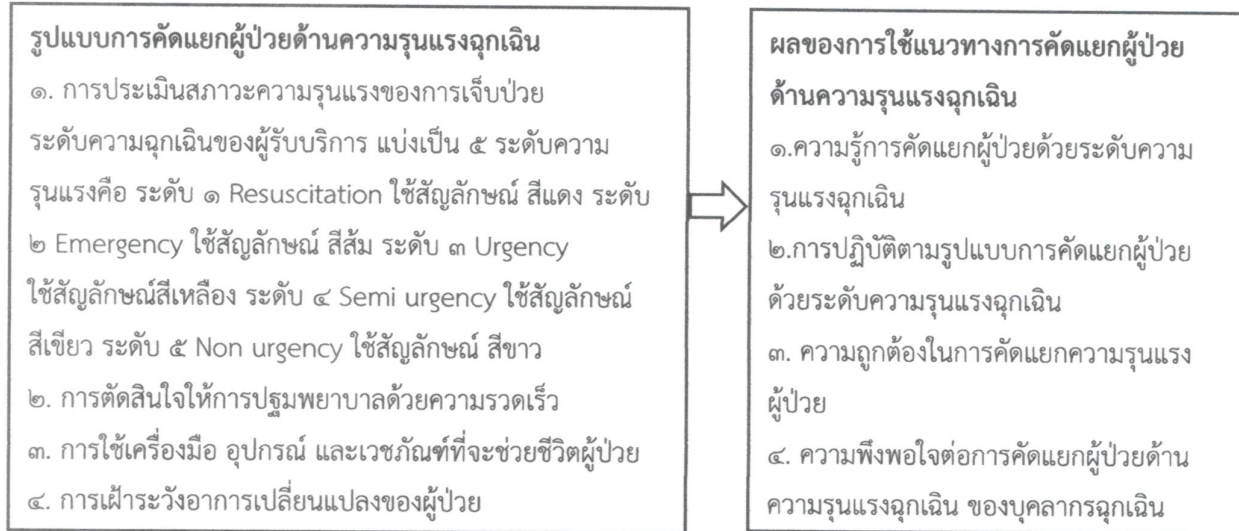
บทวิเคราะห์

ในการดำเนินงาน เดิมการคัดแยกประเภทผู้ป่วย โรงพยาบาลปากเกร็ด เป็นหน้าที่รับผิดชอบของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ก่อนการเข้ารับการรักษา โดยการซักถามประวัติเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และส่งต่อให้กับพยาบาลผู้ป่วยนอก คัดแยกประเภทผู้ป่วย เพื่อส่งไปตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้มีการประเมินผิดพลาดและคัดกรองที่ล่าช้า ส่งผู้ป่วยกลับไป - กลับมา หลังจากนั้นจึงมีการพัฒนาเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยใช้เครื่องมือ MOPH ED TRIAGE เป็นตัวช่วยกรองผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลา ลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พอใจ และลดข้อร้องเรียน แต่ปัจจุบันประเทศไทยมีเครื่องมือที่ใช้คัดแยกหลากหลาย ก่อให้เกิดปัญหาการทำงานที่ไม่สอดคล้องกันของแต่ละแผนกในโรงพยาบาล เมื่อเกิดขึ้นพร้อมกับปัญหาอื่นๆ เช่น การขาดแคลนคนทำงาน ความยุ่งยากของเครื่องมือ จนไปถึงผู้รับบริการไม่เข้าใจถึงความจำเป็น และประโยชน์ของการคัดแยกจนกลายเป็นข้อร้องเรียนของการได้รับความไม่เป็นธรรม ทำให้การบริการที่ห้องฉุกเฉินไม่มีคุณภาพ ดังนั้นควรพัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของอาการให้มีรูปแบบเหมือนกัน และแก้ไขปัญหาหน้างานที่พบ รวมทั้งสื่อสารให้ประชาชนทราบถึงความจำเป็นของการคัดแยก ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวชมีคุณภาพมากขึ้น

แนวความคิด

ในการดำเนินงานได้นำแนวคิดทฤษฎีวงจรพัฒนาคุณภาพงาน (PDCA) เป็นการปรับปรุงพัฒนาระบบงานที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น โดยจะมีการดำเนินการต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด เป็นแนวคิดควบคุมคุณภาพ และการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน ๔ ขั้นตอน คือ วางแผนปฏิบัติ - ตรวจสอบ - ปรับปรุงการดำเนินกิจกรรม PDCA อย่างเป็นระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่อง หมุนเวียนไป ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ขั้นตอน PDCA มีดังนี้ ๑. Plan (วางแผน) หมายถึง การกำหนด เป้าหมาย วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน วิธีการและ ขั้นตอน การวางแผน กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ให้ชัดเจน เป้าหมายที่กำหนดต้องเป็นไป ตามนโยบาย วิสัยทัศน์และพันธกิจ ขององค์กรเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ๒. Do (ปฏิบัติ) หมายถึง การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ๓. Check (ตรวจสอบ) เป็นกิจกรรมเพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติงานตามแผนหรือไม่ มีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานหรือไม่ ในการดำเนินงานใด ๆ มักจะเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการทำงาน การติดตาม การตรวจสอบ และการประเมิน ปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำควบคู่ไปกับการดำเนินงาน ทำให้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพ ของการดำเนินงาน ควรตรวจสอบและการประเมินการปฏิบัติงานว่าการปฏิบัตินั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ ๔. Act (การปรับปรุง) เป็นกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากได้ทำการตรวจสอบแล้ว การปรับปรุงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำรอยเดิม การปรับปรุงจะนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานของวิธีการทำงานที่ต่างจากเดิม เมื่อมีการดำเนินงานตาม วงจร PDCA ในรอบใหม่ ข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุง จะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพที่ดี

การเปลี่ยนแปลงแนวทางใหม่จะสำเร็จได้ต้องมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ไม่สามารถสำเร็จได้ในครั้งเดียว โดยทำทีละขั้น ซึ่งอาจใช้เวลาเป็นเดือนเพื่อวางแผน การกำหนดวันในการเปลี่ยนแปลงแนวทางใหม่ยังมีความสำคัญ เพื่อให้ได้ความร่วมมือจากทุกฝ่าย



แนวทางในการคัดกรองผู้ป่วย และนำส่งผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลในพื้นที่จัดลำดับประเภทของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น ๕ ประเภท ดังนี้

๑. ประเภทที่ ๑ ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) ใช้สัญลักษณ์สีแดง ได้รับการตรวจรักษาภายในทันที ๐ - ๕ นาที เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยไม่หายใจ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่เหนื่อย หายใจไม่ไหวหรือตัวเขียว
๒. ประเภทที่ ๒ ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) ใช้สัญลักษณ์สีส้ม รอดตรวจรักษาภายใน ๑๐ นาที เช่น ผู้ป่วยที่สัญญาณชีพอยู่ในภาวะอันตราย ซึม สับสน ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกผู้ป่วยปวดมากจนทนไม่ไหว
๓. ประเภทที่ ๓ ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) ใช้สัญลักษณ์สีเหลือง รอดตรวจรักษาภายใน ๓๐ นาที เช่น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือส่งตรวจ ที่เพิ่มเติมหลายชนิด ได้แก่ ตรวจเลือดเอ็กซเรย์ ฉีดยา
๔. ประเภทที่ ๔ ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-urgency) ใช้สัญลักษณ์สีเขียว รอดตรวจรักษาภายใน ๖๐ นาที เช่น ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา หรือส่งตรวจเพียงชนิดเดียวได้แก่ ตรวจเลือด หรือ เอ็กซเรย์หรือ ฉีดยา
๕. ประเภทที่ ๕ ผู้ป่วยเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-urgency) ใช้สัญลักษณ์สีขาว ผู้ป่วยนอกทั่วไป ควรได้รับการตรวจประเมิน ๒ ชั่วโมง เช่น ผู้ป่วยมาตามนัดอาการทั่วไปปกติ ขอยาเดิม ขอใบรับรองแพทย์

ระบบติดตาม (Monitoring)

๑. การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบการคัดแยก เช่น จำนวนผู้รับบริการ (ER Visit) แยกตาม ระดับการคัดแยก, ระยะเวลารอคอยแพทย์ (Waiting time) แยกตามระดับการคัดแยก, ระยะเวลาในห้องฉุกเฉิน (Length of Stay) แยกตามระดับการคัดแยก, อัตราการรับเป็นผู้ป่วยใน (Admission rates) แยกตามระดับการคัดแยก

๒. ทำ Triage Audit ในกรณีดังต่อไปนี้ Under triage เช่น ระดับ ๒ ที่ D/C, Over triage เช่น ระดับ ๔, ๕ ที่ Admit, ผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน, ผู้ป่วยที่ไม่รอแพทย์ตรวจ, Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย Fast Track, Length of stay เกินเวลาที่กำหนด

๓. กำหนดตัวชี้วัด Under triage น้อยกว่าร้อยละ ๑ และ Over triage น้อยกว่าร้อยละ ๕

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลปากเกร็ด
๒. เพื่อให้การคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องแม่นยำ
๓. เพื่อให้มีอัตราอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์ ระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ ๐

เป้าหมาย

๑. พยาบาลสามารถใช้คัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วนได้ถูกต้อง
๒. พยาบาลสามารถนำสื่อเอกสารที่จัดทำไปใช้คัดแยกประเภทผู้ป่วยไปในแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. พยาบาลมีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
๒. สถานที่ในการคัดแยกผู้ป่วยค่อนข้างแคบ ผู้ป่วยไม่ได้ Triage ทุกรายเนื่องจากทางเข้าโรงพยาบาลมีหลายช่องทาง
๓. อัตรากำลังไม่เพียงพอกับภาระงาน เนื่องจากผู้ป่วยมาพร้อมกันจำนวนมาก

แนวทางแก้ไข

๑. พยาบาลมีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
๒. อบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้ถูกต้อง รวดเร็ว
๓. นำเสนอผู้บริหารองค์กรในการขอพื้นที่ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน ชัดเจน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
๒. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง
๓. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
๔. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา นำมาจัดทำเอกสารใบคัดแยกประเภทผู้ป่วย
๕. นำสื่อเอกสารให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อให้ข้อมูลถูกต้องแม่นยำ เหมาะสมในการคัดแยกสำหรับ

พยาบาลคัดกรอง

๖. นำสื่อเอกสารการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ทดลองใช้งานและศึกษาข้อมูล

ระยะเวลาดำเนินการ มกราคม ๒๕๖๘ - เมษายน ๒๕๖๘

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ มีการนำแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไปใช้
- ๔.๒ พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย
- ๔.๓ พยาบาลให้บริการตามแนวทางที่จัดทำไว้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ ผู้รับบริการได้รับการคัดแยกตามแนวทาง มากกว่าร้อยละ ๙๐
- ๕.๒ พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปลิดา อินทพาน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 1 / กรกฎาคม / 2568

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวปลิดา อินทพาน

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๘
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๗
๓. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๗
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	๕
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๗
รวม	๑๐๐	๙๐

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

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

(ลงชื่อผู้ประเมิน) นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ

(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) ๗ มี.ค. ๒๕๖๔

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

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

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายอนุกุล เอกกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) / ๓๑ ก.ค. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ)

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) / ๒๑ ก.ค. ๒๕๖๕

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวปลิดา อินทปาน

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

(☐) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

(ตำแหน่ง)

ผู้อำนวยการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่)

๒๙ ก.ค. ๒๕๖๔

หมายเหตุ : เอกสารประกอบการขอประเมินบุคคล ของ นางสาวปลิดา อินทปาน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลปากเกร็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวกฤษณา เรืองจวง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช	๒๐๗/๐๘๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช	๒๐๗/๐๘๓	เลื่อนระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนเนื้องอกหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “สื่อดิจิทัลหัตถ์สือการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนเนื้องอกหัวใจขาดเลือด” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						๑๐๐%

ก.พ.
๗

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Acute Coronary Syndrome

๑. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้

๑.๑ กรรมพันธุ์ (heredity) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่า กลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

๑.๒ เพศ (sex) เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดสูงกว่าในเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นฮอร์โมนที่ช่วยป้องกันการอักเสบของหลอดเลือด เพิ่มระดับ HDL และลดระดับ LDL

๑.๓ อายุ (age) อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการหยุดการเจริญเติบโตของ cell อีกทั้งมี DNA damage เพิ่มมากขึ้น

๒. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

๒.๑ ภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีระดับของ LDL และ LDL/HDL สูง รวมทั้งยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วย dyslipidemia เนื่องจากระดับของไขมันทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้ คือ LDL-C ทั้งนี้ระดับ LDL-C ที่สูงเพียงปัจจัยเดียวก็ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้ เนื่องจากเป็นตัวการหลักที่ก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือด โดย LDL-C เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน ตั้งแต่หน้าที่ของเยื่อผนังหลอดเลือดผิดปกติ การเกิด plaque ไปจนกระทั่งเกิดการฉีกขาดของ plaque และมีก้อนเลือดอุดตันหลอดเลือด ดังนั้นระดับ LDL-C ที่สูงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ส่วน HDL-C ต่ำก็เป็นปัจจัยต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง โดยตัว HDL-C จะมีบทบาทในการช่วยกำจัดไขมันบนผนังหลอดเลือดแดง ดังนั้นระดับ HDL-C ที่สูงจะส่งผลดีกับต่อหลอดเลือดหัวใจ

๒.๒ ความดันโลหิตสูง (hypertension) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการสูบบุหรี่จะพบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจวายและภาวะช็อกจากหัวใจเพิ่มมากกว่าในกลุ่มที่ไม่มีความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นความดันโลหิตสูงส่งผลเสียโดยตรงต่อหลอดเลือด เพิ่มความเครียดให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง และเพิ่มความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

๒.๓ การสูบบุหรี่ (smoking) ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่ มีสารทำให้เกิดเพิ่มการอักเสบและอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเกิดการ oxidation ของ LDL ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัวทั้ง ทาร์ สารนิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ โดยเฉพาะคาร์บอนมอนอกไซด์จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงโดยคาร์บอนมอนอกไซด์จะแย่งออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงด้วยการไปจับฮีโมโกลบินอย่างหนาแน่นและเกาะติดถาวร ทำให้คุณสมบัติการยึดหยุ่นของเม็ดเลือดแดงที่จะไหลเวียนชอกแซกไปตามหลอดเลือดลดลง เกิดการครูดกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงทำให้เกิดรอยขรุขระส่งผลให้ ไขมันและเกล็ดเลือดมาพอกติดได้ง่ายและเพิ่มการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนสารนิโคตินจะกระตุ้นประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไตให้หลั่งสาร Epinephrine ทำให้ความดันโลหิตสูงชีพจรเต้นเร็ว หลอดเลือด หดตัวและการจับตัวของเกล็ดเลือด รวมถึงเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลทำให้เลือดแข็งตัวง่ายขึ้น

๒.๔ ความอ้วน (obesity) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมี metabolic syndrome ร่วมด้วย จะมีการเกาะของเกล็ดเลือดมากขึ้นในหลายตำแหน่งของหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี metabolic syndrome

๒.๕ เบาหวาน (diabetes mellitus) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีโรคเบาหวานร่วมจะมี plaque ที่มีขนาดใหญ่ เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดและมีการปริแตกของ thrombus หลายตำแหน่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน

หลักเกณฑ์การประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะต้องมีการขึ้นและลดลงของ cardiac biomarker (โดยเฉพาะค่า cardiac troponin) ที่สูงกว่าค่าของค่าอ้างอิงปกติร่วมกับอาการแสดงและผลการตรวจวินิจฉัย อย่างน้อย ๑ ข้อ ดังนี้

๑.อาการที่เข้าได้กลับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปกราม หรือมีอาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ เป็นต้น

๒.ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใหม่ของ ST-segment – Twave (ST – T) หรือ left bundle branch block (LBBB)

๓.ตรวจพบ Q wave ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

๔.การตรวจวินิจฉัยหัวใจด้วยการแสดงภาพ เช่นการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) การตรวจหัวใจโดยใช้สารกัมมันตรังสี (Radionuclide Imaging) การตรวจหัวใจด้วยภาพคลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging) และการตรวจหัวใจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography) โดยจะพบกล้ามเนื้อหัวใจมีการบีบตัวที่ผิดปกติหรือมีการขาดเลือดหรือตาย ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือเกิดขึ้นใหม่

๕.การตรวจสวนหัวใจ หรือ การผ่าตัดตรวจพิสูจน์ศพ พบลิ้มเลือดในหลอดเลือดหัวใจการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลักการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งได้ดังนี้

๑. การให้ยาต้านเกล็ดเลือดและยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

๑.๑ ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agent)

๑.๑.๑ Aspirin

๑.๑.๒ Clopidogrel

๑.๒ ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation agent)

๑.๒.๑ Fondaparinuxa

๑.๒.๒ Enoxaparina

๑.๒.๓ Heparin

๒. การเปิดหลอดเลือดหัวใจ (coronary reperfusion)

๒.๑ Pharmacological reperfusion ในผู้ป่วย ST elevation acute coronary syndrome วิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันคือการรักษาเพื่อให้หลอดเลือดเปิดหรือ reperfusion therapy ให้เร็วที่สุดภายในเวลา ๑๒ ชั่วโมงแรกหลังอาการเจ็บหน้าอก ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic หรือ thrombolytic drugs) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งนอกจากการทำ primary PCI โดยยาละลายลิ่มเลือด

สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาวได้ ถึงแม้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบชนิด NSTEMI จะมีพยาธิสภาพการเกิดโรคคล้ายคลึงกับ STEMI เมื่อมีการนำเอายาละลายลิ่มเลือดมาใช้ พบว่าไม่มีประโยชน์และอาจเกิดโทษได้ ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ streptokinase(SK), recombinant tissue plasminogen activator(rt-PA) และ tenecteplase (TNK-tPA) โดยคำนวณขนาดของยาที่ใช้ตามน้ำหนักของผู้ป่วย

๒.๒ Mechanical reperfusion (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) คือการรักษาผ่านสายสวนโดยใส่สายสวนผ่านทาง femoral หรือ radial artery ไปที่ coronary artery ที่อุดตันและฉีดสารทึบรังสี พบ occlusive coronary thrombus การรักษาได้แก่ balloon inflation เพื่อกดเบียดให้ลิ่มเลือดแตกออกเป็นชิ้นเล็กหรือการดูดลิ่มเลือดออก (thrombusuction) ออกมาหรือสลาย (thrombectomy) หรือการถ่างหลอดเลือดที่ตีบและเพื่อคงสภาพรูเปิดของหลอดเลือดให้กว้างขึ้น เช่น ขดลวด (stent)

๓. การลดอาการปวด สามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ด้วย ควรรักษาร่วมไปพร้อมกันกับการเปิดหลอดเลือดประกอบด้วย

๓.๑ oxygen therapy : ดูแลให้ออกซิเจน โดยรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า ๙๕ %

๓.๒ การให้ nitroglycerine หรือ morphine sulphate เพื่อบรรเทาอาการปวด

๓.๓ การให้ anxiolytic agent เพื่อบรรเทาหรือคลายความวิตกกังวลเนื่องจากภาวะความเครียดหรือความวิตกกังวล จะกระตุ้น sympathetic nervous system ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการเลือดและออกซิเจนเพิ่มขึ้น

๔. การลดขนาดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่การให้ยา beta – blocker ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้ เช่น โรคหอบหืดหัวใจวาย และ หัวใจเต้นช้า เป็นต้น ยาที่ใช้บ่อยคือ atenolol, carvedilol

๕. การลด ventricular remodeling ได้แก่ การให้ยา angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin receptor blocker (ARB) โดยยาจะออกฤทธิ์ ช่วยควบคุมการปรับสภาพหัวใจที่ตอบสนองต่อกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ventricular remodeling) ทำให้หัวใจไม่ยืดขนาดออกไปมากตามพยาธิสภาพที่เกิดหลังกล้ามเนื้อตาย ลดขนาด ventricular dilation พยุงการบีบตัวของหัวใจไม่ให้ทรุดลง

๖. การรักษาอื่นๆ เพื่อลดอาการจากภาวะหัวใจวาย เช่น การให้ยาขับปัสสาวะ การใส่ Intra-aortic Balloon Counter pulsation (IABP) เพื่อพยุงการไหลเวียนของเลือด รักษาสมดุลของ oxygen supply และ oxygen demand ของกล้ามเนื้อหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

๑. มีภาวะเจ็บหน้าอกเนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กิจกรรมการพยาบาล ติดตามและเฝ้าระวังอาการเจ็บแน่นหน้าอก บันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอกระยะเวลาและระดับความรุนแรงโดยใช้ Pain scale ของอาการเจ็บแน่นหน้าอก รวมทั้งแนะนำผู้ป่วยให้แจ้งทันที หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก พร้อมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดและยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา และดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

๒. การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย กิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำในการทำกิจกรรมต่างๆอย่างเหมาะสม แนะนำให้หลีกเลี่ยงแบ่ง่าย่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อน อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และการมาพบแพทย์ตามนัด

๓. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยในภาวะของโรค ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในเรื่องต่างๆ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเอง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของโลก ทั้งโลกเสียชีวิตมากกว่า ๒๐ ล้านคน และ ร้อยละ ๘๐ ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕ พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง ๗๐,๐๐๐ ราย เฉลี่ยชั่วโมงละ ๘ คน คาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลาที่ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยมีปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมหลายอย่าง คือโรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วน อายุ เพศ บุคลิกภาพที่มีความเครียดทางอารมณ์สูงและขาดการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจุบันการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่สำคัญ คือการให้เลือดไหลเวียนในหลอดเลือดที่อุดตันได้ใหม่หรือมีเลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจให้เร็วที่สุด

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของโรงพยาบาลปากเกร็ด ปี พ.ศ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้ป่วย ๕๖ , ๖๑ และ ๕๔ ราย ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถทำการรักษาโดยการผ่านสายสวนหัวใจเพื่อใส่บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้ จึงได้มีแนวทางการดูแลรักษาเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือระบบ Service Plan ACS หรือระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับทางโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งคือโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยการจัดกลุ่ม LINE สุขภาพเขต ๔ เพื่อปรึกษาเรื่องของการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่ชัดเจน หรือแนวทางการรักษาในเรื่องของการส่งตัวไปสวนหลอดเลือดหัวใจสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดแบบ STEMI หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อรอการสวนหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดแบบ NSTEMI และ Unstable angina รวมถึงการส่งตัวผู้ป่วยในกรณีเข้ารับการรักษาในคลินิกอายุกรรมหัวใจที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและออกจากโรงพยาบาลจำเป็นต้องได้รับความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติ เพราะหากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลเสียต่อตนเองและสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ ดังนั้น ผู้จัดจึงได้จัดทำสื่อดิจิทัลรหัสคิวอาร์การดูแลตนเองหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในปฏิบัติให้ผู้ป่วยสามารถ ดูแลตนเองได้อย่างถูกวิธีและปลอดภัย

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานตั้งแต่ภาวะฉุกเฉินและได้รับดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน
๓. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
๒. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจถึงภาวะโรค การดำเนินของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
๓. ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

๔.๔ สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๖๐ ปี สถานภาพสมรส เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากเกร็ด วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๘.๕๑ น. จากการซักประวัติอาการสำคัญ ๑๐ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการแน่นหน้าอก ตรงกลาง ไม่มีร้าวไปไหน หน้ามืดคล้ายเป็นลม ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๖ วัน ก่อนขณะไปทำบุญที่วัดภูเขาทอง มีอาการหน้ามืด คล้ายจะเป็นลม ไม่มีแน่นหน้าอก นั่งพักดีขึ้น เข้านี้ขณะทำงานเปิดร้านแก๊สหุงต้ม มีอาการแน่นหน้าอก Pain scale ๘/๑๐ ไม่มีร้าวไปที่ไหน วูบหน้ามืด นั่งพักดีขึ้น ได้บอกอาการกับภรรยากับลูกเกิดความวิตกกังวลจึงมาโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธประวัติแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด แรกรับที่ห้องฉุกเฉินรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๐ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๑๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๘/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๗ เปอร์เซ็นต์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบหัวใจเต้น ๑๑๔ ครั้งต่อนาที No ST elevation, Early repolarization การเอกซเรย์ทรวงอกปกติ ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า cardiac troponin - T ๕๐ นาโนกรัมต่อลิตร Grace score ๑๑๔ ระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับการเจาะจากเลือดปลายนิ้ว ๒๗๒ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าทางโทรศัพท์แจ้งว่าให้ตรวจค่า cardiac troponin-T อีก ๓ ชั่วโมง จอเตียงหอผู้ป่วยอายุรกรรมเฉพาะทางของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและวินิจฉัยว่าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI รวมถึงการได้รับยา Enoxaparin ถ้าไม่มีข้อห้ามของการใช้ยา แผนการรักษาของแพทย์และการให้การพยาบาล คือ จำกัดกิจกรรมโดยให้นอนพักบนเตียง Absolute bed rest, ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (monitor EKG) ดูแลให้ได้รับยา Aspirin ๓๐๐ มิลลิกรัม จำนวน ๑ เม็ด Plavix ๗๕ มิลลิกรัม จำนวน ๔ เม็ดทางปาก และ Enoxaparin ๐.๖ มิลลิตรทางใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ตามแผนการรักษาการพยาบาลอันดับแรกของผู้ป่วยรายนี้ที่ห้องฉุกเฉิน คือ มีภาวะเจ็บหน้าอกเนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กิจกรรมการพยาบาล ติดตามและเฝ้าระวังอาการเจ็บแน่นหน้าอก บันทึกลักษณะ ระยะเวลาและระดับความรุนแรงโดยใช้ Pain scale ของอาการเจ็บแน่นหน้าอก รวมทั้งแนะนำผู้ป่วยให้แจ้งทันที หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกพร้อมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด และยาลดอาการปวดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาและดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ประเมินหลังได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ๑ ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๐๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๕๑/๘๒ มิลลิเมตรปรอท ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก Pain scale ๔/๑๐ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๗ เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีความเห็นให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ปัญหาการพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วยมีดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง
ข้อมูลสนับสนุน

๑. มีอาการแน่นหน้าอก ไม่ร้าวไปที่ไหน วูบหน้ามืด นั่งพักดีขึ้น Pain scale ๘/๑๐
๒. แสดงสีหน้าหรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความเจ็บปวด เช่น ใช้มือกุมหน้าอก นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย เป็นต้น

เป้าหมายการพยาบาล

หายหรือทุเลาจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือบอกว่าระดับความเจ็บปวดลดลง
๒. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสดชื่น นอนหลับ พักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนบนเตียง (Absolute bed rest) และงดกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
๒. สอนและแนะนำผู้ป่วย เรื่องการประเมินความเจ็บปวด โดยใช้ pain scale (๐ - ๑๐) เพื่อติดตามและเฝ้าระวังอาการเจ็บแน่นหน้าอกพร้อมทั้งบันทึก ลักษณะ ระยะเวลาและระดับความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอก รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งให้ทราบทันทีที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
๓. ดูแลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) เพื่อบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก ให้อย่างน้อย ๓ ครั้ง
๔. ประเมินสภาพทั่วไป และสัญญาณชีพทุก ๑๕ - ๓๐ นาที ขณะเกิดอาการ และทุก ๒ - ๔ ชั่วโมง เมื่ออาการเจ็บหน้าอกทุเลา เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ
๕. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาโดยรักษาระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้วมากกว่า ๙๕% เพื่อติดตามระดับออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและลดการทำงานของหัวใจ
๖. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือด หรือบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก ได้แก่ Isordil หรือ Morphine ตามแผนการรักษา รวมทั้งประเมินและบันทึกการตอบสนองของยา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ระดับความดันโลหิตต่ำลง หัวใจเต้นเร็วขึ้น เป็นต้น
๗. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น การจัดท่านอนเพื่อให้สบาย การใช้กระโถนปัสสาวะ อูจจาระ เป็นต้น
๘. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพื่อลดการทำงานของหัวใจและการใช้ออกซิเจน

ประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก Pain scale ๒/๑๐ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิอยู่ในช่วง ๓๖.๗ - ๓๗.๓ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง ๘๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง ๒๐ - ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๒๐ - ๑๔๐/๖๐ - ๙๐ มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือด ๙๖ - ๙๙ เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับการเจาะจากเลือดปลายนิ้ว ๑๘๓ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒ อาจเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากการได้รับยาด้านเกล็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

ได้รับ Enoxaparin ๐.๖ mg ทางใต้ผิวหนัง

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่มีเลือดออกผิดปกติจากส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกาย เช่น ในระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินปัสสาวะและช่วยเหลือภาวะเลือดออกได้อย่างทันทั่วทั้งที่

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่มีเลือดออกผิดปกติจากส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกาย เช่น ในระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินปัสสาวะ
๒. ประเมินภาวะเลือดออก จุดจ้ำเลือดใต้ชั้นผิวหนังตำแหน่งที่ฉีด Enoxaparin ไม่เกิดเลือดออกใต้ผิวหนัง (hematoma) ไม่มีรอยฟกช้ำ (echymosis)
๓. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - อัตราการเต้นของชีพจร อยู่ในช่วง ๖๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที
 - อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง ๑๖ - ๒๐ ครั้งต่อนาที
 - ระดับความดันโลหิต อยู่ในช่วง ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท
๔. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, coagulogram อยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - Hematocrit = ๓๗ - ๕๒% Hemoglobin = ๑๒.๐ - ๑๘.๐ g/dl
 - WBC count = ๔.๐ - ๑๑.๐ X ๑๐^๙ /ul Platelet count = ๑๕๐ - ๔๕๐ X ๑๐^๙ /ul
 - PT = ๑๑ - ๑๓ sec INR = ๒.๐๐ - ๓.๐๐ APTT = ๒๓.๕ - ๓๑ sec

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที จำนวน ๒ ครั้ง ทุก ๓๐ นาทีจำนวน ๒ ครั้ง และทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลง และหากมีการเปลี่ยนแปลงรายงานให้แพทย์ทราบทันที

๒. ประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติ ดังนี้

๒.๑ สังเกตจุดเลือดออกตามตัว จุดจ้ำเลือดใต้ชั้นผิวหนังตำแหน่งที่ฉีด Enoxaparin ไม่เกิด
เลือดออกใต้ผิวหนัง (hematoma) ไม่มีรอยฟกช้ำ (echymosis)

๒.๒ ประเมินอาการเลือดออกในสมอง ดังนี้

๒.๒.๑ ระดับคะแนน glasgow coma scale ลดลง หรือขนาด pupil เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

๒.๒.๒ อาการปวดศีรษะอย่างทันที และรุนแรงไม่เคยเป็นมาก่อน

๒.๒.๓ มีอาการอ่อนแรงของแขนขา ทรงตัวไม่ดี เดินเซ

๒.๒.๔ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น

๒.๒.๕ คลื่นไส้ อาเจียน อาเจียนพุ่ง

๒.๓. ประเมินอาการเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดในรายที่ใส่

NG tube พบ content เป็น coffee ground หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสดหรือดำ (melena)

๓. ใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม เพื่อป้องกันเลือดออกในช่องปากหรือใช้น้ำยาบ้วนปากแทนการแปรงฟัน
ระมัดระวังการเกิดบาดแผลหรืออุบัติเหตุต่างๆ

๔. สังเกตสีปัสสาวะว่ามีปัสสาวะเป็นเลือด (hematuria) หรือไม่

๕. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, Coagulogram ตามแผนการรักษา

๖. เมื่อพบอาการดังกล่าวข้างต้น หรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ให้รีบรายงาน
ให้แพทย์ทราบในทันทีเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

๗. ดูแลแผลงัดเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา เพื่อให้พร้อมใช้หากมีภาวะเลือดออก

ประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ได้รับยา Enoxaparin ๐.๖ มิลลิกรัม ทางใต้ผิวหนังตามแผนการรักษา
ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกผิดปกติจากบริเวณส่วนใดของร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิอยู่ในช่วง ๓๖.๕ - ๓๗.๐
องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง ๘๐ - ๙๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ใน ช่วง ๑๘ - ๒๐ ครั้งต่อ
นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๑๐ - ๑๔๐/๘๐ - ๙๐ มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือด ๙๖ - ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๓ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากไม่เข้าใจและ
ขาดความรู้ ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยและญาติสอบถามสาเหตุ และอาการของโรค

๒. ผู้ป่วยและญาติสอบถามถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วย ด้วยสื่อนำวิกกั้วล

เป้าหมายการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลดลงหรือหมดไป

๒. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับสภาวะของโรคเพิ่มมากขึ้น
๓. ญาติมีความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

๑. สามารถอธิบายสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้
๒. บอกวิธีแก้ไขในภาวะฉุกเฉิน และแนวทางการรักษาเบื้องต้นได้
๓. ทราบแหล่งช่วยเหลือในชุมชน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
๒. กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยในภาวะของโรคของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ
๓. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในเรื่องต่างๆ ได้แก่
 - ๓.๑ โรคและการดำเนินของโรครวมถึงสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - ๓.๒ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเช่น ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงจะส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดแข็งการสูบบุหรี่โดยสารพิษในควันบุหรี่จะทำลายเซลล์ของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็ง และยังทำลายกล้ามเนื้อหัวใจได้โดยตรง
 - ๓.๓ อาการและอาการแสดง คือ หากผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอกลักษณะเหมือนมีอะไรมาทับ หรือมีร้าวขึ้นไป คอ กราม ไหล่ เป็นต้น ควรรีบมาพบแพทย์
 - ๓.๔ วิธีแก้ไขในภาวะฉุกเฉิน และแนวทางการรักษาเบื้องต้น เช่น หากมีอาการแน่นหน้าอก ดังที่กล่าวมาข้างต้น ให้ผู้ป่วยนั่งพัก อมยา (Isodril) ใต้ลิ้น ๑ เม็ด หากอาการยังไม่หายให้อมซ้ำได้ที่ละเม็ด โดยไม่เกิน ๓ เม็ด ห่างกันทุก ๕ นาที หากอาการไม่ทุเลารีบมาพบแพทย์หรืออาจต้องแนะนำการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ญาติ
 - ๓.๕ การออกกำลังกายและการทำกิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ การเดินเร็ว ปั่นจักรยาน หรือว่ายน้ำ ควรออกกำลังกายในระดับที่รู้สึกเหนื่อยปานกลาง สามารถ พูดคุยได้โดยไม่รู้สึกเหนื่อยหอบ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย ๓ - ๔ ครั้งต่อสัปดาห์ และค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกาย ควรหยุดพักหากรู้สึกเหนื่อยผิดปกติ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หรือมีอาการอื่นๆ ที่ผิดปกติ
 - ๓.๖ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งอธิบายฤทธิ์และอาการข้างเคียง เช่น ยาแอสไพริน (Aspirin) และยาพลาวิก (Plavix) ยา ๒ ตัวนี้ เป็นยาที่สำคัญต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งยาดังกล่าวมีฤทธิ์ ด้านเกล็ดเลือดช่วยลดและป้องกันการตีบตันของหลอดเลือดแต่ผลข้างเคียงของยานี้ คือทำให้เลือดออกได้ง่าย โดยเฉพาะ Aspirin ซึ่งจะเพิ่มฤทธิ์เพิ่มกรดในกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ ดังนั้นควรรับประทานยาทั้ง ๒ หลังอาหารทันที
 - ๓.๗ การมาตรวจตามนัดเพื่อมาประเมินผลของการรักษาและประเมินผลที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือว่ามีอาการผิดปกติหรือไม่

- ๓.๘ แหล่งช่วยเหลือด้านสุขภาพในชุมชน เช่น หากผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉินให้ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโทร ๑๖๖๙ (อาสาฉุกเฉินชุมชน)
๔. จัดทำข้อมูลเอกสารแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสภาวะของโรค
๕. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเอง

ประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ เนื่องจากได้ยา Enpxaparin ครบ ๓ วัน และสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน อนุญาตให้กลับ วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๔.๐๐ น. รวมระยะเวลา ๓ วัน พร้อมทั้งให้ถือเอกสารส่งตัวเพื่อไปพบอายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งก่อนออกจากโรงพยาบาลได้ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตัวเอง การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยในภาวะของโรค ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง รวมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมในการวางแผนกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเอง

๔.๔ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ๑ ราย
๒. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลเอกสารวิชาการและรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ เพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การผ่าตัด การแพ้ยา ประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์
๔. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
๕. ปฏิบัติการพยาบาล
๖. ประเมินผลการพยาบาลและแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาและอุปสรรค
๘. นำเสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้าหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง
๙. จัดทำผลงานวิชาการ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ผลงานกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด : กรณีศึกษาจำนวน

๑ เรื่อง

เชิงคุณภาพ

จากกรณีศึกษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมินอย่างรวดเร็ว ส่งตรวจวินิจฉัยและให้การรักษายาบาลตามมาตรฐาน มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการติดตามเฝ้าระวังและประเมินอาการอย่างใกล้ชิดจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ได้รับการดูแลบรรเทาอาการปวด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะให้การรักษ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถกลับบ้านได้ มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถกลับไปปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ดำเนินชีวิตได้ปกติ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด
๒. ใช้เป็นแนวทางการให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
๓. เป็นมาตรฐานการพยาบาลสำหรับสอนและศึกษาค้นคว้าของนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน
ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากในการดำเนินการ จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคและการดูแลตนเอง ด้วยสาเหตุนี้พยาบาลจึงได้ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยในเรื่องภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น และอธิบายถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและเน้นย้ำกับญาติอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและความอันตรายของโรคที่เป็น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถทำการรักษาโดยการผ่านสายสวนหัวใจเพื่อใช้บอลลูนในการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า รวมถึงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ขาดแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ ดังนั้นทางโรงพยาบาลปากเกร็ดจึงได้มีแนวทางการดูแลรักษาเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในระบบของ Service plan ACS เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับทางโรงพยาบาลแม่ข่ายโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีการกำหนดขึ้นเพื่อตามการสื่อสารผ่าน Line group เขตสุขภาพที่ ๔ เพื่อปรึกษาเรื่องของการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประสานส่งตัวไปสวนหลอดเลือดหัวใจรวมถึงการส่งตัวผู้ป่วยในกรณีเข้ารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมหัวใจ ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. จำให้มีการพัฒนาสมรรถนะ การคัดกรอง การอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ของการพยาบาลวิชาชีพ
ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒. พัฒนาเครื่องมือสื่อสารโดนใช้สื่อดิจิทัล ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ สามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยจัดทำเป็น QR-code ให้ Scan ได้

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

สัดส่วนของผลงานร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน(ถ้ามี)

นางสาวกฤษณา เรืองจวง สัดส่วนของผลงานร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)นางสาวกฤษณา เรืองจวง.....

(นางสาวกฤษณา เรืองจวง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)๑...../.....กรกฎาคม...../ ๒๕๖๘.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกฤษณา เรืองจง	นางสาว กฤษณา เรืองจง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๗ มี.ค. ๒๕๖๔

(ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)

(ลงชื่อ) 

(นายอนุกุล เอกกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) ๗ มี.ค. ๒๕๖๔

(ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)

(ลงชื่อ) 

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๒๑ มี.ค. ๒๕๖๔

(ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ขำนาญการ)

๑. เรื่อง สื่อดิจิทัลรหัสคิวอาร์การดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยมีปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมหลายอย่าง คือโรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วน อายุ เพศ บุคลิกภาพที่มีความเครียดทางอารมณ์สูงและขาดการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจุบันการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่สำคัญ คือ ให้เลือดไหลเวียนในหลอดเลือดที่อุดตันได้ใหม่หรือมีเลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจให้เร็วที่สุด ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของโลก ทั่วโลกเสียชีวิตมากกว่า ๒๐ ล้านคน และ ๘๐% ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕ พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง ๗ หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ ๘ คน คาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวหรือญาติไม่สามารถพาไปโรงพยาบาลได้ เช่น ไม่มีรถสามารถโทรขอความช่วยเหลือที่สายด่วนหมายเลข ๑๖๖๙ และหากเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแล้ว การดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเป็นเรื่องละเอียดไม่ได้เช่นกัน

จากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลปากเกร็ด ในปี พ.ศ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้ป่วย ๕๖ , ๖๑ และ ๕๔ ราย ตามลำดับพยาบาลต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุพยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา เพื่อรวบรวมข้อมูลนำไปสู่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหายกลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว อย่างปลอดภัยและสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างเดิมหรือใกล้เคียง โรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถทำการรักษาโดยการผ่านสายสวนหัวใจเพื่อใส่บอลลูนเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้ จึงได้มีแนวทางการดูแลรักษาเป็นระบบสำหรับ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในระบบของ Service plan ACS หรือการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับทางโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยการจัดกลุ่ม LINE สุขภาพเขต ๔ เพื่อปรึกษาเรื่องของ การอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่ชัดเจน แนวการรักษาเรื่องของการส่งตัวไปสวนหลอดเลือดหัวใจสำหรับในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดแบบ STEMI หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อรอกการสวนหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดแบบ NSTEMI และ Unstable angina รวมถึงการส่งตัวผู้ป่วยในกรณีเข้ารับการรักษาในคลินิกอายุกรรมหัวใจที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและออกจากโรงพยาบาลจำเป็นต้องได้รับความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติ เพราะหากมีการดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลเสียต่อตนเองและสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้จัดทำแผนพัฒนาการดูแลตนเองหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกวิธีและปลอดภัย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

หัวใจเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย แต่ตัวหัวใจเองประกอบไปด้วยกล้ามเนื้อ ซึ่งต้องการเลือดมาหล่อเลี้ยงเช่นกัน หากหลอดเลือดที่มาหล่อเลี้ยงหัวใจมีการตีบแคบลงหรือตัน จำส่งผลให้กล้ามเนื้อบริเวณที่หลอดเลือดมาเลี้ยงขาดเลือด หากไม่ได้รับการรักษากล้ามเนื้อส่วนนั้นก็จะตาย เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หรือหากเป็นรุนแรงหัวใจอาจหยุดเต้นและเสียชีวิตได้ โรคหลอดเลือดหัวใจมักเกิดจากการที่มีไขมันสะสมในผนังหลอดเลือด ทำให้เยื่อผนังชั้นในของหลอดเลือดหนาตัวขึ้นช่องภายในหลอดเลือดจึงตีบแคบลงเมื่อคราบไขมันที่สะสมบนผนังหลอดเลือดนี้ทำให้ผนังชั้นในปริแตกออกจะมีเม็ดเลือดและเกล็ดเลือดเข้ามาจับตัวทำให้เกิดการอุดตัน การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ มีตั้งแต่การให้ยาละลายลิ่มเลือด ยาขยายหลอดเลือด ยาลดไขมัน การขยายหลอดเลือดตีบแคบด้วยการสวนหัวใจเป็นต้น อย่างไรก็ตามหลังจากการรักษาดังกล่าว ผู้ป่วยอาจยังมีปัญหาคุณภาพชีวิตที่ลดลงจากการถูกจำกัดการออกกำลังกาย หรือจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นอกจากนี้ยังมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้ เพราะหลอดเลือดที่เคยได้รับการสวนขยายหรือหลอดเลือดที่ต่อใหม่นั้นอาจจะมีคราบไขมันมาเกาะและทำให้เกิดการตีบแคบซ้ำอีก

แนวความคิด

การประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยใช้ทฤษฎีของโอเร็ม (Orem et al., ๒๐๐๑) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐาน ๓ ประการ ซึ่งประกอบด้วย

๑. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (theory of self-care) คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลใด ๆ เริ่มต้นและดำเนินการด้วยตนเองเพื่อรักษาและเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ตั้งแต่การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลและการจัดการอาการเรื้อรัง ไปจนถึงการแสวงหาการรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อจำเป็น ซึ่งในระยะ ๖ - ๘ สัปดาห์แรก หัวใจค่อยๆเพิ่มความแข็งแรงและทนต่อการออกกำลังกายต่างๆ จึงควรเริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและหัวใจอย่างมีขั้นตอน หลังจากแพทย์ได้ประเมินแล้วว่าร่างกายมีความพร้อม ในช่วงแรกการเริ่มออกกำลังกาย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้รู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า และยังช่วยให้สภาพจิตใจและอารมณ์ดีขึ้น การจะดูแลสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้านและการฟื้นฟูหัวใจสามารถช่วยให้คุณคุณภาพชีวิตดีขึ้นลดการกลับมาเป็นซ้ำ

๒. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (theory of self-care deficit) บุคคลอาจเผชิญกับสถานการณ์ที่พวกเขาไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ความบกพร่องเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการ หรือการขาดความรู้และทรัพยากร เมื่อผู้คนไม่สามารถจัดการความต้องการในการดูแลตนเองด้วยตนเองได้ พวกเขาจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆและปรับกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างช้าๆทีละน้อย จนกระทั่งมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นลำดับโดยทำกิจกรรมที่ทำงานๆ ไม่ยุ่งยากก่อน เช่น อาบน้ำควรใช้ฝักบัว เดินประมาณ ๑๐๐ - ๑๕๐ เมตร โดยไม่หักโหม ถ้ารู้สึกเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกควรหยุดพัก และโดยหลีกเลี่ยงการยกของที่มีน้ำหนักมากๆ ยกนาน หรือออกกำลังกาย เพราะอาจกระตุ้นให้หลอดเลือดหัวใจหดเกร็ง เกิดการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยได้รวมถึงอาการผิดปกติที่ควรรับมาโรงพยาบาล เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นบ่อยและรุนแรง ใจหวิว ใจสั่น หัวใจเต้นแรงหน้ามืด เหนื่อยมากเมื่อต้องออกกำลังกายมากกว่าปกติที่เคยเป็น เป็นต้น

๓. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับการดูแล ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น ๓ ระบบ คือ

๑. ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) เป็นบทบาทของพยาบาลที่กระทำทดแทนความสามารถของผู้ป่วยทั้งหมดขาดเสียภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตราย

๒. ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

๓. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเอง

สำหรับบทบาทพยาบาลระยะแรกเราควรให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเองก่อน เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล หรือซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นได้ ให้ผู้ป่วยตระหนักว่าภาวะหัวใจขาดเลือดไม่ควรคิดว่าหัวใจพิการใช้งานไม่ได้ ทั้งนี้ปัจจุบันมีเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่สามารถรักษาได้ ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ และป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้ หรือให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเปลี่ยนบทบาทจากคนที่เคยแข็งแรงและปกติมาสู่บทบาทเป็น ผู้ป่วย ดังนั้นเราควรเปิดโอกาสให้ซักถาม หรือระบายความรู้สึกจะช่วยให้ความรู้สึกด้านอารมณ์ดีขึ้น เพราะการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมทั้งช่วยให้สามารถกลับไปทำงานและใช้ชีวิตได้ปกติ ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง

แนวทางการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกันได้ ถ้าไม่ต้องการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และรับประทานอาหารที่ปราศจากไขมัน เน้นทานผัก และผลไม้ให้มากๆ เพียงเท่านี้คุณก็สามารถป้องกันสุขภาพร่างกายห่างไกลจากโรคหัวใจ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างปลอดภัย

การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การให้ความรู้ครอบคลุมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยา และการสังเกตอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ

๑. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต

๑.๑ อาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารที่มีไขมัน –

กะทิ รวมทั้งไข่แดง ทำให้มีการสะสมไขมันในหลอดเลือด ก่อให้เกิดแผ่นคราบไขมันตามมา ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น ผัก ปลา ผลไม้ และอาหารที่มีกากมากๆ เช่น รำข้าว ข้าวโพด ข้าวสาลี ฯลฯ

๑.๒ การออกกำลังกาย แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้งๆ ละ ๓๐ นาที การออกกำลังกายที่ดีที่สุด คือ การเดิน โดยเริ่มเดินช้าๆ ก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มระยะทาง แต่อย่าให้เกินกำลังตนเอง

๑.๓ การจัดการความเครียด แนะนำให้ทำจิตใจให้สงบ หาเวลาพักผ่อนและลดความเครียด หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้น เช่น การดูเกมกีฬา การแข่งขันที่เร้าใจ

- ๑.๔ การดูดซับบุหรีและเครื่องต้มแอลกอฮอล์ บุหรีและแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ หลีกเลี่ยงการดูดซับบุหรี เพราะในบุหรีมีสารนิโคตินและสารอื่นๆ ที่จะทำอันตรายต่อผนังด้านในหลอดเลือด การดูดซับบุหรี ยังทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัว เป็นการลดปริมาณเลือดที่จะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การดื่มแอลกอฮอล์
- ๑.๕ การควบคุมน้ำหนัก แนะนำให้ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ
- ๑.๖ การควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด หากผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน ควรควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ๑.๗ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ หากมีอาการใจสั่น หายใจขัด หรือเจ็บหน้าอกนานเกิน ๑๕ นาที หลังมีเพศสัมพันธ์ควรปรึกษาแพทย์
- ๑.๘ หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระแรงๆ

๒. การใช้ยา

- ๒.๑ ยาที่ใช้ในการรักษา อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงยาที่ใช้ในการรักษา เช่น ยาขยายหลอดเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด และยาด้านเกล็ดเลือด
- ๒.๒ การใช้ยาตามแพทย์สั่ง แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และไม่ควรหยุดยาเองโดยเด็ดขาด
- ๒.๓ การสังเกตอาการข้างเคียง แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา และแจ้งให้แพทย์ทราบ

๓. การสังเกตอาการ

- ๓.๑ อาการเจ็บหน้าอก อธิบายลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่อาจบ่งบอกถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บลึกๆ แน่นๆ บริเวณกลางหน้าอกหรือใต้อก ลักษณะเหมือนถูกรัด ถูกกด หรือถูกบีบ อาจร้าวไปที่บริเวณไหล่ แขน โดยเฉพาะไหล่และแขนซ้ายด้านใน หรือร้าวไปบริเวณคอ ขากรรไกร หรือลิ้นปี่ อาการเจ็บจะเป็นนานประมาณ ๕ - ๑๐ นาที
- ๓.๒ อาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น แนะนำให้สังเกตอาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น หายใจลำบาก เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลมหมดสติ หรืออาการเหนื่อยร่วมกับหายใจไม่อิ่ม
- ๓.๓ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น แนะนำให้ผู้ป่วยอมยาใต้ลิ้น เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้หยุดกิจกรรมนั้นๆ ทันทีและอมยาใต้ลิ้น ๑ เม็ด หากอาการยังไม่ทุเลาลงให้อมยาใต้ลิ้นซ้ำได้อีก ๑ เม็ด ห่างกัน ๕ นาที แต่ไม่ควรเกิน ๓ เม็ด หากอาการไม่ดีขึ้นใน ๑๕ - ๒๐ นาที ให้รีบไปพบแพทย์ทันที

๔. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

- ๔.๑ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ๔.๒ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นส่วนสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
- ๔.๓ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ชีวิตให้มีสุขภาพดีขึ้น

๕. การติดตามผล

๕.๑ การติดตามผลการรักษา แนะนำให้ผู้ป่วยติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เช่น การไปพบแพทย์ตามนัด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจเลือด

๕.๒ การประเมินความเสี่ยง แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง

ข้อเสนอ

ผู้จัดทำในฐานะพยาบาลที่รับผิดชอบ Service plan ACS หรือ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของโรงพยาบาล จึงมีแนวคิดที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตัวเองเป็นและความสำคัญในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านรวมถึงให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องและสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงภาวะโรค การดำเนินของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
๒. ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. นำเสนอปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
๒. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลเอกสารวิชาการ และรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ เพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
๓. จัดทำสื่อดิจิทัลรหัสคิวอาร์การสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและให้ผู้ป่วยเชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย
๔. นำสื่อการสอนสื่อดิจิทัลรหัสคิวอาร์การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ให้ผู้ป่วยและญาติศึกษาข้อมูล
๕. จัดทำแบบทดสอบเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติหลังใช้สื่อสอนผ่านพบ

ระยะเวลาการดำเนินงาน ตุลาคม ๒๕๖๗ - มีนาคม ๒๕๖๘

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

ผู้ป่วยและญาติบางรายไม่สามารถเข้าถึงสื่อดิจิทัลได้เนื่องจากโทรศัพท์ไม่มีอินเทอร์เน็ต

แนวทางแก้ไข

แนะนำสถานที่ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามาปรึกษาเรื่องการดูแลตนเอง หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถนำความรู้กลับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
๒. ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะของโรค การดำเนินของโรค ผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงภาวะโรค การดำเนินของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มากกว่าร้อยละ ๘๐
๒. ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)นางสาว กฤษณา ใจดี.....

(นางสาวกฤษณา ใจดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑ / ๑๑ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความคิดเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวกฤษณา เรืองจาง

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๕
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๗
๓. คำโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๗
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	๗
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด แสยสละภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๕
รวม	๑๐๐	๗๐

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....*ผู้บังคับบัญชา/อาจารย์ ร.ร. มีผลงานดีเด่นที่วัดรับมอบหมาย*
- (☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *อ.อ. อ.อ.*

(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่)*๗*.....*๒๕๖๔*.....

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(☒) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(☐) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายอนุกุล เอกกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) ๗ มี.ค. ๒๕๖๕

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๒๑ มี.ค. ๒๕๖๕

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

ชื่อผู้ขอรับประเมิน นางสาวกฤษณา เรืองจวง

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(...นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

(ตำแหน่ง) ...ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ...๒๙ ก.ค. ๒๕๖๔