



ประกาศจังหวัดนนทบุรี

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
จำนวน ๒ ราย ของ โรงพยาบาลบางใหญ่ 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 ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวกชกร บุญหาทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวเชษฐธิดา ทวีโภค	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ 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 ๑๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลบางใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวกชกร บุญชาติพิพย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๒๒๑๐๙๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๒๒๑๐๙๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ยึดโยงขยายปอด” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				



๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑.ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒.ระยะเวลาดำเนินการ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ - ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๓.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เกิดจากการทำลายเนื้อปอดจากกระบวนการอักเสบ ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง ทำให้ความสามารถของทางเดินหายใจในการเปิดคงตัวระหว่างช่วงหายใจออกลดลง

สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๑.การสูบบุหรี่หรือได้รับควันเป็นประจำ (Secondary smoking) จะพบโรคนี้นี้ในประชากรที่สูบบุหรี่จัด (เกินกว่าสองซองต่อวันเป็นเวลา ๒๐ ปี) โดยในควันบุหรี่มีสารระคายเคือง ได้แก่ ไนโตรเจนไดออกไซด์ ซัลไฟด์ และอะโครลีน ซึ่งออกฤทธิ์โดยทำลายแมโครฟาจในถุงลม ทำลายผนังกันระหว่างถุงลม ทำให้ถุงลมปอดพอง

๒.มลภาวะทางอากาศ จะพบในเมืองมากกว่าชนบท เช่น ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO_๒) ที่เกิดจากการ เผาไหม้เชื้อเพลิงประเภทถ่านหินในโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้การกำเริบ

๓.การขาดแอลฟา-๑ แอนติทริพซิน (Alpha-๑ antitrypsin) สารนี้มีหน้าที่ช่วยป้องกันการย่อยโปรตีน เมื่อขาดสารนี้จะทำให้มีการทำลายของเนื้อปอด และเกิดถุงลมปอดโป่งพองได้

๔.การติดเชื้อ ผู้ป่วยที่เป็นหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มักมีประวัติติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนบ่อยๆ

การอักเสบทำให้มีการทำลายเยื่อหุ้ม เกิดเป็นแผลเป็นและชั้นใต้เยื่อหุ้มหนาขึ้น ทำให้หลอดลมตีบแคบถาวร

๕.อายุ เมื่ออายุมากขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง

พยาธิสรีรวิทยา

การสัมผัสควันบุหรี่หรือสารระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ และการติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสจะกระตุ้นให้ Macrophages เดินทางมาที่ปอด ทำงานร่วมกับ Macrophages ที่ถุงลม เซลล์เยื่อ (Epithelial cell) ของปอด จะตอบสนองโดยการหลั่งสารอักเสบ เมื่อสัมผัสกับสารนั้น ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง โดยเกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อปอดทั้งส่วนที่เป็นเนื้อปอดและส่วนที่เป็นหลอดเลือด เซลล์ที่อักเสบจะผลิต Mediator มากมาย ซึ่งเป็นตัวทำลายโครงสร้างของปอด

หลอดลม จะตอบสนองโดยการเพิ่มปริมาณต่อมผลิตเมือก เพิ่มปริมาณเซลล์เยื่อ (Goblet cells) และลดการทำงานของขนกวัด ทำให้มีการหลั่งเมือกปริมาณมาก ผู้ป่วยมีไอเรื้อรังและทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียได้ง่าย มีการบาดเจ็บของผนังหลอดลมและมีการซ่อมแซมซ้ำๆ ทำให้เกิดรอยแผลเป็นถาวร ผนังหลอดลมหนาขึ้น ทำให้หลอดลมมีการตีบแคบ

ในระยะที่มีการหลั่งเสมหะปริมาณมาก การทำงานของขนกวัดลดลง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อโรคมีความก้าวหน้าขึ้นมีการทำลายเยื่อ เกิดแผลเป็นพังผืด เกิดการหนาตัวและการผิดรูปของหลอดลมขนาดเล็ก ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง โดยมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลาง หรือมาก การทำลายหลอดเลือดปอดจะนำไปสู่การเกิดความดันในปอดสูง หัวใจซีกขวาล้มเหลว (Cor pulmonale) และภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia) ซึ่งพบได้ในปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับรุนแรง ความรุนแรงของการอักเสบมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค

อาการและอาการแสดงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๑.เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก ต้องใช้แรงมากขึ้น ใช้กล้ามเนื้ออื่นๆช่วยในการหายใจ ในระยะแรกอาจมีอาการหายใจลำบากเมื่อต้องออกแรงมาก เมื่อโรครมีความก้าวหน้าขึ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจลำบากเมื่อทำกิจวัตรประจำวันหรือในขณะพัก

๒.ไอเรื้อรัง เป็นอาการที่พบได้ระยะแรกของโรค อาจมีหรือไม่มีเสมหะร่วมด้วย

๓.แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด (wheeze)

๔.เหนื่อยล้า น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงจนถึงรุนแรงมาก

การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๑.การซักประวัติ ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่าเริ่มจากมีอาการไอ ระยะแรกอาจจะไอจากเป็นหวัด แต่หายช้ากว่าปกติ ต่อมาไอมีเสมหะแม้ไม่ได้เป็นหวัด ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มักมีประวัติสูบบุหรี่มานาน อาการไอระยะแรกมักจะไอตอนเช้าหรือไอหลังสูบบุหรี่ เมื่อหลอดลมอักเสบมากขึ้นจะไอถี่และรุนแรงขึ้น ไอมีเสมหะปนมูกสีขาว ถ้างดบุหรี่อาการจะดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหลังการไอและจะมีอาการเลวลง เมื่อสูดดมหมอกควัน มลพิษในอากาศ ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย หรือเหนื่อยเป็นพักๆในเวลากลางคืน จะพบอาการเหนื่อยแม้ทำกิจกรรมเล็กน้อยหรือไม่ทำกิจกรรม ซึ่งต้องพิจารณาแยกจากภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย

๒.การตรวจร่างกาย ในระยะแรกอาจไม่พบความผิดปกติ แต่เมื่อมีการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้น อาจตรวจพบความผิดปกติ ดังนี้

๒.๑มีลักษณะหายใจแรง ผู้ป่วยจะห่อปากหายใจออก นั่งตัวโน้มมาข้างหน้าและวางแขนบนที่พัก เช่น ท้าวแขนกับเก้าอี้หรือโต๊ะ และใช้กล้ามเนื้อ Sternocleidomastoid และกล้ามเนื้อ Trapezius ช่วยหายใจ

๒.๒กระสับกระส่าย ทุรนทุสน หุดหืด นอนไม่ค่อยหลับเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง

๒.๓มี Clubbing of finger จากการพร่องออกซิเจนอย่างเรื้อรัง มือสั้น ฝ่ามือแดง หลอดเลือดแดงขยายจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์

๒.๔มีการบวมของแองเงอกระดุกไหปลาร้าและช่องระหว่างซี่โครงขณะหายใจเข้า เกิดจากความดันในโพรงเยื่อหุ้มปอดลดต่ำมากขณะหายใจเข้า แสดงว่ามีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างรุนแรง

๒.๕ทรงวงโป่งออกด้านหน้าและด้านหลัง (Barrel shaped หรือ AP-lateral diameter > ๑:๒) เมื่อเคาะจะมีเสียงโปร่งกว่าปกติ ฟังเสียงหายใจเบาและตำแหน่งของหัวใจเต้น (Apex beat) จะย้ายมาอยู่บริเวณลิ้นปี่

๒.๖ฟังเสียงหายใจได้เบาลง ในบางรายอาจฟังได้ Wheezing, Prolonged expiratory phase, Inspiratory crackles

๓.การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas test) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่มีภาวะกำเริบของโรคและหาระดับค่าก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง

๔.การถ่ายภาพรังสีทรวงอก เพื่อการวินิจฉัยสาเหตุอาการไอจากโรคปอดอื่นๆ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะพบกะบังลมราบตรงเส้นผ่านศูนย์กลางของหน้าอกจากด้านหน้าถึงด้านหลังยาวขึ้น ช่องระหว่างซี่โครงกว้างกว่าปกติ

๕.การตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพของปอด (Pulmonary function test) เป็นต้น

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๑.การรักษาที่สำคัญ คือ การหยุดบุหรี่

๒.การรักษาโดยใช้ยา

๒.๑.ยาขยายหลอดลมกลุ่ม Beta-adrenergic agonist นิยมใช้ชนิดสูด เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูง ใช้ยาปริมาณน้อย อาการข้างเคียงน้อยกว่าชนิดอื่น ระยะเวลาการออกฤทธิ์เร็ว ๓ - ๕ นาที ออกฤทธิ์เต็มที่ ๓๐ - ๔๕ นาที ฤทธิ์อยู่ได้นาน ๔ - ๖ ชั่วโมง ได้แก่ Salbutamol, Terbutaline, Formoterol ในรูปแบบ Metered dose inhaler (MDI) หรือเป็นผงเช่น turbuhaler

๒.๒.ยาขยายหลอดลมกลุ่ม Methylxanthines ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ Theophylline ทำให้หลอดลมขยายตัวกระตุ้นการทำงานของศูนย์ควบคุมการหายใจ ประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ขยายหลอดลมขึ้นอยู่กับระดับความเข้มข้นของยาในเลือด โดยระดับยาในเลือด ควรอยู่ระหว่าง ๑๐ - ๒๐ มิลลิกรัม ถ้ามากกว่า ๒๐ มิลลิกรัม อาจเกิดผลข้างเคียง หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด อาการที่พบแม้มีระดับยาในเลือดที่เหมาะสม ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ แสบอก

๒.๓.ยาลดการอักเสบกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) การให้ยาทางหลอดเลือดเพื่อรักษาอาการกำเริบเฉียบพลันพบว่าทำให้อาการดีขึ้น สมรรถภาพปอดดีขึ้น ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ และลดเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่การใช้ยาระยะยาวไม่ควรใช้ชนิดรับประทานหรือให้ทางหลอดเลือด เพราะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดอาการข้างเคียง และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ ยาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Prednisolone, Dexamethasone, Pulmicort เป็นต้น

๓.การรักษาด้วยวิธีให้ออกซิเจน

การให้ออกซิเจนเมื่อผู้ป่วยอาการกำเริบจะต้องค่อยๆเพิ่มความเข้มข้นให้ได้ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน เป้าหมาย อยู่ระหว่าง ๘๘ - ๙๒ % ควรตรวจสอบหลังให้ออกซิเจนภายใน ๓๐ - ๖๐ นาที เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาศัยระดับออกซิเจนต่ำเป็นตัวกระตุ้นการหายใจแทนการใช้คาร์บอนไดออกไซด์ที่สูง การให้ออกซิเจนขนาดสูงแก่ผู้ป่วยจะทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยสูงขึ้น ทำให้ไม่มีตัวกระตุ้นการหายใจ (Hypoxic drive) ผู้ป่วยจะหายใจช้าลง เกิดภาวะ Hypercapnia และร่างกายมีภาวะเป็นกรด (Respiratory acidosis) ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมลงหรือหมดสติ (CO₂ narcosis) ได้

๓.๒ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

๑.การซักประวัติเพื่อค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ

๒.การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจากทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง อากาศผ่านเข้าและออกจากปอดได้สะดวก จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ เพื่อให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา

การพยาบาลระยะดำเนินโรค

๑.ขจัดเหตุส่งเสริมที่จะทำให้เกิดภาวะหายใจเฉื่อย พบว่าการติดเชื้อเป็นเหตุที่สำคัญ ดังนั้นจึงควรป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยใช้หลัก Aseptic technique ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจหรือถ้ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นต้องแก้ไขโดยเร็ว ด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์

๒.ประเมินอาการและอาการแสดงของการมีออกซิเจนในเลือดต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นแรง พุดจาสับสน ซัก หมดสติ เป็นต้น และการมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดเพิ่มขึ้น ได้แก่ ซีม่วง หมดสติ เหงื่อออกมาก มือสั่น ซัก เป็นต้น ซึ่งอาการของทั้งสองภาวะนี้จะคล้ายคลึงกันมาก ดังนั้นควรให้การพยาบาลโดย

๒.๑ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

๒.๒จัดผู้ป่วยอยู่ในท่านอนศีรษะสูงเพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี หากไม่สามารถนอนในท่านี้ได้ควรนอนตะแคงและพลิกตัวบ่อยๆ

๒.๓ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเหมาะสม

๒.๔ให้ผู้ป่วยได้รับประพราย และใช้ยาพ่นขยายหลอดลมแบบสูดพ่นอย่างถูกวิธี

๒.๕การควบคุมการหายใจ โดยฝึกแบบ Purse-lip จะสามารถช่วยเพิ่มออกซิเจนเข้าสู่ปอด ช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอด และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจให้ดีขึ้น

๒.๖สอนการไอที่ถูกวิธี โดยให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่ผ่อนคลาย ปล่อยตัวตามสบาย ไม่เกร็งกล้ามเนื้อส่วนใดของร่างกาย ต่อจากนั้นให้ผู้ป่วยหุบปากและสูดหายใจเข้าออกทางจมูกช้าๆอย่างเต็มที่ กลั้นหายใจไว้ครู่หนึ่งประมาณ ๒ - ๓ วินาที พร้อมกับให้ผู้ป่วยโน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย อ้าปากกว้างๆ และไอออกมาติดต่อกันประมาณ ๒ - ๓ ครั้ง ให้เสมหะออกมา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยพักโดยหายใจเข้าออกช้าๆเบาๆ

๓.ประเมินอาการของการอุดตันทางเดินหายใจจากการมีเสมหะคั่งค้างในหลอดลมหรือหลอดลมหดเกร็ง ตีบแคบ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะหายใจวาย ควรดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

การวางแผนการจำหน่าย

เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เน้นการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้มีความรู้การเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อน อาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ ฝึกทักษะการพ่นยา การรับประพราย การออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสมกับโรค

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

๑.แนะนำการเลิกบุหรี่

๒.แนะนำการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมแบบสูดพ่นอย่างถูกวิธี รวมถึงอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

๓.แนะนำการควบคุมการหายใจ โดยฝึกแบบ Purse-lip ทำได้โดยหายใจเข้าผ่านจมูก ให้น้ำที่ท้องโป่ง หายใจออกทางปาก พร้อมกับทำการทำปากจู๋หรือท่อปาก เพื่อค่อยๆเป่าลมออกจากปาก โดยทั่วไปจะหายใจเข้าประมาณ ๔ วินาที หายใจออกประมาณ ๘ วินาที

๔.สอนการไอให้มีประสิทธิภาพ ต้องหายใจเข้าเต็มที่ แล้วกลั้นหายใจ ๑ - ๒ วินาที เพื่อให้ลมกระจายไปทั่วทุกส่วนของปอดและมีแรงขับดันเอาเสมหะออกมาได้เต็มที่ จากนั้นไอติดต่อกัน ๒ - ๓ ครั้ง

๕.ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยทั่วไป ได้แก่ การเดินเล่น การขึ้นลงบันได การนั่งและยืนสลับกัน การบริหารเฉพาะส่วนของกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ แขนขา ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีความแข็งแรง และปอดทำหน้าที่ในการระบายอากาศได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถออกแรงทำกิจวัตรประจำวันได้นานขึ้น โดยมีอาการหอบเหนื่อยน้อยลง

๖.สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง อากาศร้อนหรืออากาศหนาวจนเกินไป อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น

๗.เทคนิคการดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การอ่านหนังสือ นั่งสมาธิ หรือรักษาสุขภาพจิตใจโดยมีแพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชช่วยบำบัด ฟื้นฟู

๘.แนะนำการฉีควัคซีนไข้หวัดใหญ่ จะช่วยลดภาวะกำเริบและการเจ็บป่วยเฉียบพลันของระบบการหายใจได้

การติดตามดูแลต่อเนื่อง

เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับบ้าน ทีมพยาบาลที่จำหน่ายผู้ป่วยประสานข้อมูลเยี่ยมบ้านผ่านระบบ Smart COC เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๓.๓ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. ประเมินอาการ/ความรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลและร่วมมือวางแผนการรักษากับแพทย์ได้อย่างเหมาะสม และหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินสามารถรับมือและช่วยเหลือผู้ป่วย ได้อย่างปลอดภัย
๒. ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องตัดสินใจในภาวะวิกฤตตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม
๓. ปฏิบัติงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันหรือ ลดความรุนแรงของโรค แก่ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
๔. การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การใช้ Incentive Spirometer อุปกรณ์การพ่นยา การใช้เครื่องพ่นละอองฝอย การใช้เครื่องช่วยหายใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๘๕ ปี รูปร่างผอมสูง ผิวดำแดง ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รักษาและรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบางใหญ่ ไม่ขาดยา เคยเข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่ง เมื่อ ๒๐ ปีก่อน ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ไม่มีประวัติแพ้ยา มีประวัติสูบบุหรี่และยาเส้นมานานมากกว่า ๔๐ ปี โดยสู่วันละ ๑ ของต่อวัน ปัจจุบันเลิกบุหรี่มาแล้ว ๒ ปี ปฏิเสธการดื่มสุรา ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทุก ๒ - ๔ เดือน โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ๔ ครั้ง และในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ไตรมาสแรกเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแล้ว ๒ ครั้ง

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาน เมื่อวันที่ ๘ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ด้วยอาการ ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอมาก หายใจเหนื่อย พ่นยาเองที่บ้านแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่า ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีเสมหะเหนียวในคอ ไม้ไอ ไม้มีน้ำมูก เริ่มมีอาการเหนื่อย พ่นยาเองแล้วดีขึ้น แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E_cV_๕M_๖ ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๙๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๕๑/๘๑ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๓ % ตรวจร่างกายพบ wheezing both lungs ส่งตรวจทางรังสีวิทยาเอกซเรย์ปอดเพิ่มเติม ไม่พบความผิดปกติ (no infiltration) แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบแบบเฉียบพลัน (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute Exacerbation) ให้การรักษานเบื้องต้น โดยให้ Dexamethasone ๔ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที และพ่นยาขยายหลอดลม berodual ๑ Nebulizer ทุก ๑๕ นาที จำนวน ๓ ครั้ง แพทย์ประเมินอาการหลังพ่นยาพบว่าผู้ป่วยหายใจเหนื่อยทุเลาลง แต่ยังมีอาการไอมาก ตรวจร่างกายฟังเสียงปอดซ้ำ พบว่ายังมีเสียง Rhonchi อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๓% จึงพิจารณาให้รับการรักษาโดยนอนโรงพยาบาล

แรกรับที่หอผู้ป่วยในหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการไอ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๖ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๐๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๑/๗๗ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๓ % แพทย์ส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC= ๖,๕๕๐ cell/cu.mm Neutrophil= ๕๕% Lymphocyte = ๒๕% HTC=๓๙% Hb=๑๒.๒ g/dL BUN= ๒๐.๗ mg/dl Cr= ๐.๘๓ mg/dl Sodium= ๑๔๓.๓ mmol/L Potassium= ๓.๘๙ mmol/L Chloride= ๑๐๖.๗ mmol/L TCO₂= ๑๙.๖๐ mmol/L ฟังเสียงปอดยังมีเสียง wheezing both lungs แพทย์จึงพิจารณาให้ Dexamethasone ๔ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก ๖ ชั่วโมง พ่นยาขยายหลอดลม Berodual ๑ Nebulizer ทุก ๔ ชั่วโมง, Seretide accuhaler (๕๐/๕๐๐) ๑ puff วันละ ๒ ครั้ง, Spiriva (๑๘mcg) พ่น ๑ capsule วันละ ๑ ครั้ง, Theophylline CR (๒๐๐) ๑x๑ oral pc, paracetamol (๕๐๐) ๑ เม็ด เมื่อมีอาการไข้, N-Acetylcysteine (๒๐๐) ๑x๓ oral pc, Losec (๒๐) ๑x๑ oral ac, Montelukast (๑๐) ๑ tab oral hs, Cetirizine (๑๐) ๑ tab oral hs และ Glyceryl Guaiacolate (๒๐๐) ๑x๓ oral pc ติดตามประเมินอาการ ผู้ป่วยยังมีอาการไอแต่อาการหายใจเหนื่อยดีขึ้น

๑ วันหลังเข้ารับการรักษาน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อาการไอดีขึ้น ตรวจร่างกายฟังเสียงปอดพบเสียง expiratory wheezing both lungs สดลง แผนการรักษาตามเดิมคือ ให้พ่นยาขยายหลอดลม Berodual ๑ Nebulizer ทุก ๔ ชั่วโมง และ Dexamethasone ๔ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก ๖ ชั่วโมง

ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ Acute Exacerbation ไม่พบ พยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง การออกกำลังกายและการบริหารปอด การติดตามผลการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ

ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหญิงเป็นเวลา ๓ วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ ไม่ต้องใช้ออกซิเจน อาการไอทุเลาลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพขณะรักษาด้วยโรงพยาบาล อุณหภูมิอยู่ระหว่าง ๓๖.๕ - ๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง ๘๒ - ๑๐๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหน้าอกกระแทก ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๒ - ๙๙% ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๑๑๕-๑๔๗/๖๒-๘๑ มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้จำหน่าย โดยให้ยา Theophylline CR (๒๐๐) ๑x๑ oral pc, paracetamol (๕๐๐) ๑ tab oral เมื่อมีอาการไข้, Losec (๒๐) ๑x๑ oral ac, N-Acetylcysteine (๒๐๐) ๑x๓ oral pc, Montelukast (๑๐) ๑ tab oral hs, Cetirizine (๑๐) ๑ tab oral hs, Glyceryl Guaiacolate (๒๐๐) ๑x๓ oral pc ยาจิบมะขามป้อม ๒ ขวด, ยาพ่นหอบหืดชนิด Seretide accuhaler (๕๐/๕๐๐) ๑ puff วันละ ๒ ครั้งและ Spiriva handihaler พ่น ๑ capsule OD นัดติดตามอาการ ๒ สัปดาห์ และเอกซเรย์ปอดซ้ำ โดยพยาบาลได้วางแผนการพยาบาลหลังจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำความรู้ในการดูแลตนเอง แนะนำวิธีการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกต้อง การออกกำลังกายและการบริหารปอด การฝึกหายใจ การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ และแนะนำให้มาตรวจตามนัดของแพทย์อีก ๒ สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินอาการ โดยผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นได้ถูกวิธี ญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจดีในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อติดตามอาการหลังจำหน่าย ๒ ครั้ง พบว่าผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการทั่วไปปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แพทย์ให้ส่งตรวจทางรังสีวิทยาเอกซเรย์ปอด ผลปกติ โดยผู้ป่วยปลอดภัยดี สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้

วิธีการดำเนินงาน

๑. ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่สนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในหญิง กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบางใหญ่ จำนวน ๑ ราย โดยเลือกเรื่องผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งข้อมูลจาก เวชระเบียน และแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
๓. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางด้านวิชาการเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
๔. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ทำการศึกษา
๕. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลตามแผนการพยาบาลสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
๖. เรียบเรียงและเขียนเป็นเอกสารทางวิชาการ(กรณีศึกษา) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และมีประสบการณ์

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. บุคลากรทางการแพทย์ สามารถดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

๒. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

๓. เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างปกติและมีความสุขให้ยาวนานที่สุดโดยไม่ต้องมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ

กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน ๑ ราย

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาล

๒. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒. สามารถเป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมทั้งผู้ที่สนใจแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกระดับและนักศึกษาที่มาฝึกงานหลักสูตรต่างๆ

๓. เป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนความรู้ทางวิชาการและสามารถนำความรู้และกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพัฒนางานต่อไป

๔. เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

๕. ลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่มา ๔๐ ปี เลิกบุหรี่ได้ ๒ ปี และมีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดอาการกำเริบหรือกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ และต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

๒. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีอายุมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

๓. ผู้ป่วยมีอายุมาก อาจไม่มีแรงกดยาพ่น ทำให้ได้รับยาพ่นไม่มีประสิทธิภาพ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. อาคารผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางใหญ่มีกลิ่นบุหรี่

๒. โรงพยาบาลบางใหญ่ ขาดแพทย์เฉพาะทาง ทางด้านโรคระบบทางเดินหายใจ ทำให้ไม่มีอุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

๓. ญาติผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการเลิกบุหรี่

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งผู้ป่วย ทีมสุขภาพและครอบครัวมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้การดูแล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตระหนักในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการ การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด รวมถึงการให้ญาติและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา ตลอดจนการป้องกันเพื่อให้ผู้ป่วย

ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการรุนแรงของโรค ซึ่งจะส่งผลให้ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

๒. ให้คำแนะนำก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ในเรื่องการเลิกสูบบุหรี่และไม่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ การรับประทานยา การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมแบบสูดพ่นอย่างถูกวิธี การออกกำลังกายบริหารปอด การสังเกตอาการผิดปกติ และการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล

๓. มีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง แบบแผนการรักษา การเฝ้าระวัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

๔. แนะนำญาติเรื่องเลิกสูบบุหรี่ หรือหากเลิกบุหรี่ไม่ได้ แนะนำให้เลือกสูบบุหรี่บริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ห่างไกลจากผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑). นางสาวกชกร บุญทาพิพย์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กชกร บุญทาพิพย์

(นางสาวกชกร บุญทาพิพย์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 4 / ธ.ค. / ๒56๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
นางสาวกชกร บุญทาพิพย์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 
 (นางสาวปรารธนา เชื้อสำราญรัตน์)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่
 วันที่..... / ๘๕๓ ๖๘ /

ลงชื่อ..... 
 (นางวิชญา เวชยันต์ศุงการ)
 (ตำแหน่ง) ~~นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง~~
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่
 วันที่..... / ๙ ๖.๖. ๒๕๖๘ /

ผลงานลำดับที่๒ และผลงานลำดับที่๓(ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑.เรื่อง ยืดยางขยายปอด

๒.หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่าปี ๒๕๖๒ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ ๓ ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ส่วนใหญ่เกิดจากการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มหลอดลมเป็นเวลานานๆ โดยเฉพาะในบุคคลที่สูบบุหรี่ การได้รับสารเคมีหรือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสารระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่นละออง หรืออยู่ในเขตที่มีอากาศเสีย เช่น เขตโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น จากคลังข้อมูลสุขภาพในประเทศไทย (Health data center) ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี แสดงข้อมูลอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก ย้อนหลัง ๓ ปี โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ , ๒๕๖๖ และ ๒๕๖๗ เข้ารับการรักษา ๕๘, ๗๔ และ ๑๒๐ รายตามลำดับ

จากข้อมูลสถิติหออผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ย้อนหลัง ๓ ปี พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคสำคัญ ๒๐ อันดับโรคแรกที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหญิงอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ , ๒๕๖๖ และ ๒๕๖๗ มีผู้เข้ารับการรักษาจำนวน ๑๖, ๑๑ และ ๑๑ รายตามลำดับ และมีประวัติกลับมาอนรักษาดูด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซ้ำปีละ ๑ ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า ๕๐ ปี ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงจนเสียชีวิตได้ ทางผู้จัดทำจึงเล็งเห็นว่า การฟื้นฟูและเพิ่มประสิทธิภาพปอดด้วยยาลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านและลดการปัญหาการนอนโรงพยาบาลลงได้

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นแนวทางและจุดมุ่งหมายของการรักษาจึงเป็นการบรรเทาอาการของโรค ยับยั้งหรือชะลอการดำเนินต่อไปของโรค คงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้ ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกำเริบของโรค ลดอัตราการเสียชีวิต รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโดโรเธีย โอเร็ม เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นไปที่ความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาชีวิต และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี แนวคิดสำคัญของทฤษฎีนี้ คือ การที่มนุษย์มีความสามารถในการดูแลตนเอง และเมื่อใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จะเกิดภาวะที่เรียกว่า “ความบกพร่องในการดูแลตนเอง” ซึ่งเป็นจุดที่พยาบาลเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือ เพื่อฟื้นฟูหรือสนับสนุนให้บุคคลกลับมาดูแลตนเองได้อีกครั้ง ทฤษฎีของโอเร็มประกอบด้วย ๓ ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้อธิบายความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองได้กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะทำได้จะอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือการพยาบาล และทฤษฎีระบบการพยาบาล ได้อธิบายถึงการช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการเหนื่อยกำเริบ

โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ คือ การสูบบุหรี่หรืออยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น มีฝุ่นควัน มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ ทำให้มีอาการเหนื่อยกำเริบได้ โดยการแนะนำหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น สอนการพ่นยาอย่างถูกวิธี แนะนำการเลิกสูบบุหรี่ การฝึกหายใจ สอนการไออย่างถูกวิธี และแนะนำการออกกำลังกายบริหารปอด จึงเป็นการช่วยให้การควบคุมโรคดีขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้ จึงมีแนวคิดที่จะทำนวัตกรรมขยายยัดขยายปอด เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยได้ฝึกบริหารการหายใจและฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดได้ด้วยตนเอง ลดอาการเหนื่อยหอบกำเริบ และลดปัญหาการนอนโรงพยาบาลได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งนอกจากการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ ยังเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเต็มศักยภาพ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. บุคลากรในหอผู้ป่วยสามารถให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายบริหารปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน
๒. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ สามารถทำกายบริหารปอดได้
๓. เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างปกติ ลดการนอนโรงพยาบาลได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถทำการบริหารปอดโดยใช้ยางยืดได้ ร้อยละ ๑๐๐
๒. บุคลากรในหอผู้ป่วยสามารถให้คำแนะนำการบริหารปอดตามคู่มือได้ถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐
๓. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วย ร้อยละ ๐
๔. ไม่พบการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ ๐

(ลงชื่อ) **กรรก บุษยาทิพย์**

(นางสาวกชกร บุษยาทิพย์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ **4** / **ค.ก.** / **๒๕๖๕**

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ ๔ แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวกชกร บุญหาทิพย์

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงานผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๖
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๖
๓. कैาโครงการงานที่จะส่งประเมินและในกรณีทีผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงานให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงานรวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๖
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	๕
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทิศนคติ เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๕
รวม	๑๐๐	๙๐

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

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

ลงชื่อ.....

(นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่

วันที่...../...../.....

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

- (/) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อ..... *Sm*
 (นางวิชญา เวชยันตสงคราม)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่
 วันที่..... 7 ต.ค. ๒๕๖๔.....

หมายเหตุ: คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับคือผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗
ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวกชกร บุญทาทิพย์
ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นายปรพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๑๑ มี.ค. ๒๕๖๕

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลบางใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวเชษฐธิตา ทวีโภค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช	๒๒๑๑๑๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช	๒๒๑๑๑๑	เลื่อนระดับ
						๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรง” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แบบประเมินอาการผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis)” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				

๑
๗

6. รวบรวมสถิติ รายงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute Coronary Syndrome) ลงข้อมูลโปรแกรม Thai ACS Registry ของหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายประจำเดือนและประจำปีของโรงพยาบาลบางใหญ่

7. เป็นพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาลในการมีภาคปฏิบัติ ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 9 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง 11 กันยายน 2568
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เรื่องการแพ้ชนิดรุนแรงหรือแอนาฟิแล็กซิส (Anaphylaxis)

เป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันทั่วร่างกาย สารก่อภูมิแพ้ที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ อาหาร แผลงกัดต่อยและยาบางชนิด เช่น กลุ่มยา Beta-lactam, NSAIDs กลไกการเกิดปฏิกิริยาการแพ้สามารถกระตุ้นผ่านภูมิคุ้มกันหรือมี ผลต่อ mast cell ได้โดยตรงให้มีการหลั่งสารสื่อกลางที่ทำให้เกิดการแพ้คือฮิสตามีน (Histamine) ส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองและมีอาการแพ้เกิดขึ้น หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ คำจำกัดความของแอนาฟิแล็กซิสบางสถาบันบอกว่าแอนาฟิแล็กซิสเป็นปฏิกิริยาการแพ้ ที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง โดยมีอาการมากกว่า 1 ระบบอวัยวะ เช่น ผื่นแดง, ทางเดินหายใจ และ/หรือทางเดินอาหาร โดยอาการเกิดขึ้นภายในเวลาอันรวดเร็วและอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสียชีวิตได้ และคำจำกัดความของแอนาฟิแล็กซิสบางสถาบันบอกว่า แอนาฟิแล็กซิสที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอาการรุนแรงสามารถมีอาการแสดงเพียงระบบเดียวได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสนในการวินิจฉัยจนนำไปสู่การรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือเกิดความล่าช้าในการรักษาได้ ดังนั้นภาวะนี้ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความสำคัญในเวชปฏิบัติ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ จึงควรวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้ถูกต้องและสามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

พยาธิสภาพ

สารสื่อกลางสำคัญที่หลังจาก mast cells และ basophils ส่งผลให้เกิดอาการของแอนาฟิแล็กซิส ได้แก่

1. ฮิสตามีน (Histamine) เป็นสารสื่อกลางที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดแอนาฟิแล็กซิส โดยจับกับตัวรับฮิสตามีนชนิดที่ 1 (Histamine receptor type 1, H1 receptor) ทำให้เกิดอาการคัน, น้ำมูก, ผื่น, ชีพจรเร็ว, อาเจียน, ปวดท้อง, ถ่ายอุจจาระเหลว และทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมหดตัว เกิดเสียงหวีด หายใจลำบาก นอกจากนี้ยังออกฤทธิ์ผ่านตัวรับฮิสตามีนชนิดที่ 2 (histamine receptor type 2, H2 receptor) ทำให้มีอาการตัวแดง (flushing) ปวดศีรษะ สำหรับภาวะความดันเลือด ต่ำเป็นผลจากกระตุ้นทั้งตัวรับฮิสตามีนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2

From Primary to Tertiary Care: Collaboration for the Best Outcomes

2. Platelet activating factor (PAF) สารสื่อกลางที่สร้างจากฟอสโฟลิพิด (phospholipid) ของผนังเซลล์ จัดเป็นสารสื่อกลางที่ออกฤทธิ์รุนแรง มีฤทธิ์ทำให้หลอดลมหดตัวมากกว่าฮิสตามีน 1,000 เท่า นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์เพิ่มการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือด มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับของ PAF สูงในพลาสมาจะมีอาการแอนาฟิแล็กซิสรุนแรงมากขึ้นนอกจากนี้ PAF ยังกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิด disseminated intravascular coagulation ในผู้ป่วยแอนาฟิแล็กซิสได้
3. Prostaglandin สารสื่อกลางที่สร้างจากฟอสโฟลิพิดของผนังเซลล์เช่นเดียวกับ PAF โดย prostaglandin ที่สำคัญในภาวะ แอนาฟิแล็กซิส คือ prostaglandin D2 (PGD2) โดยมีผลทำให้หลอดลมหดเกร็งตัว เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด แต่มีผลทำให้หลอดเลือดแดง coronary หดตัว
4. Leukotriene เป็น membrane-derived lipid เช่นเดียวกับ prostaglandin โดย leukotriene ที่สำคัญในการเกิด แอนาฟิแล็กซิส คือ leukotriene C4 (LTC4), leukotriene D4 (LTD4) และ leukotriene D5 (LTD5)

ซึ่งมีผล ทำให้เกิดหลอดลมหดเกร็งและเกิดการขยายตัวของหลอดเลือดเช่นเดียวกับ prostaglandin นอกจากนี้ สารสื่อกลางที่หลั่งออกมาจาก mast cells และ basophils ยังมีผลกระตุ้นระบบ kallikrein, ระบบ การแข็งตัวของเลือด (coagulation), ระบบ complement และเกล็ดเลือด ทำให้เกิดการอักเสบของร่างกายร่วมด้วย แอนาฟิแล็กซิสทำให้เกิดภาวะช็อก (anaphylactic shock) จากการที่มีการรั่วของสารน้ำออกนอกหลอดเลือด (extravasation) และการขยายของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilation) เป็นกลไกหลักในช่วงแรก หลังจากนั้นร่างกายจะตอบสนองโดยการหลั่งสาร catecholamines ได้แก่ norepinephrine และ epinephrine รวมถึงกระตุ้นระบบ angiotensin ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และสารน้ำยังคงรั่วออกจากหลอดเลือดมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงอย่างมาก จนการเพิ่มขึ้นของอัตราชีพจร และการหดตัวของ หลอดเลือดไม่สามารถคงระดับความดันเลือดไว้ได้ นำไปสู่ภาวะช็อกยาวนาน

อาการและอาการแสดงของการแพ้ชนิดรุนแรง

อาการและอาการแสดงของแอนาฟิแล็กซิสที่พบได้มากที่สุด คือ อาการทางผิวหนัง ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 85-90 ทำให้เกิดผื่นลมพิษ, ผื่นแดง, บวมในชั้นใต้ผิวหนัง รองลงมา ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินหายใจ พบได้ร้อยละ 40-60 เช่น หอบเหนื่อย, ไอ, หายใจเสียงหวีด หรือเยื่อจมูกอักเสบ อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด พบได้ร้อยละ 30-35 ได้แก่ เวียนศีรษะ, เป็นลม, ความดันเลือดลดลง และอาการทางระบบทางเดินอาหาร พบได้ร้อยละ 25-30 เช่น คลื่นไส้, อาเจียน, ปวดท้อง, ถ่ายอุจจาระเหลว ส่วนอาการทางระบบประสาท เช่น ชัก ปวดศีรษะ พบได้น้อย ถึงแม้ว่าอาการทางผิวหนังจะพบได้บ่อยที่สุด แต่มีรายงานการเกิดแอนาฟิแล็กซิสที่ไม่พบอาการทางผิวหนังได้เช่นกัน ซึ่งมักพบได้บ่อย ในกรณีการเกิดแอนาฟิแล็กซิสที่รุนแรง โดยการศึกษาในผู้ป่วยแอนาฟิแล็กซิสที่มีอาการทางระบบหัวใจ และ/หรือ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ไม่พบอาการทางผิวหนังได้ถึงร้อยละ 30 ซึ่งสามารถอธิบายสาเหตุที่ไม่ปรากฏอาการทาง ผิวหนังได้จากการที่มีปริมาณเลือดไหลเวียนไปที่ผิวหนังลดลงมาก อาการส่วนใหญ่ของแอนาฟิแล็กซิสมักเกิดขึ้นเร็วภายในระยะเวลา 5-30 นาที หลังจากได้รับสิ่งกระตุ้น โดยเฉพาะหากได้รับโดยวิธีการฉีด อย่างไรก็ตามอาการอาจเกิดขึ้นช้าเป็นชั่วโมงหลังการรับประทานสารก่อภูมิแพ้ซึ่ง มักเกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมง อาการของแอนาฟิแล็กซิสที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว เรียกว่า “Uniphasic anaphylaxis” หากอาการดีขึ้นและ กลับมาเป็นใหม่อีกครั้งในเวลาต่อมา เรียกว่า “Biphasic anaphylaxis” ส่วนใหญ่มักเกิดอาการกลับเป็นซ้ำภายใน 8 ชั่วโมง แต่อาจพบได้ตั้งแต่ 1-72 ชั่วโมง หลังจากมีอาการดีขึ้น สำหรับกลไกการเกิด Biphasic anaphylaxis ยัง ไม่ทราบแน่ชัด มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา adrenaline หลังเริ่มมีอาการมากกว่า 60 นาที จะมี โอกาสเกิด Biphasic anaphylaxis เพิ่มขึ้น 2.3 เท่า และผู้ป่วยที่มาด้วยความดันเลือดต่ำหรือไม่ทราบสาเหตุของ สิ่งกระตุ้นที่ชัดเจนอาจเพิ่มโอกาสเกิด Biphasic anaphylaxis ได้ นอกจากนี้อาการของแอนาฟิแล็กซิสบางกรณี สามารถเกิดขึ้นได้นานติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายวัน เรียกว่า “Prolonged anaphylaxis”

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาการแพ้แบบ Anaphylaxis หรือไม่นั้นอาศัยอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย ในขณะที่เกิดปฏิกิริยาแพ้เป็นหลัก โดยไม่มีความจำเป็นที่ต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับ Tryptase, ระดับ Histamine ในเลือด หรือ Platelet-activating factor เพื่อยืนยันการวินิจฉัยเนื่องจากต้องใช้เวลาในการตรวจสอบผลทางห้องปฏิบัติการดังกล่าว ซึ่งอาจส่งผลให้ทำให้ระยะเวลาการเริ่มต้นการรักษา ในช่วงเฉียบพลันเข้าไป ดังนั้นหากอาการแสดง ทางคลินิกของผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยข้อใดข้อหนึ่งจากทั้งหมด 3 ข้อ ดังต่อไปนี้จะถือว่าผู้ป่วยมีปฏิกิริยาแพ้แบบ Anaphylaxis

การรักษาของอาการแพ้ชนิดรุนแรง แบ่งออกได้เป็นระยะต่างๆดังต่อไปนี้

- การรักษาในระยะเฉียบพลัน แอนาฟีแล็กซิสถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องรีบถึงเสมอและให้การรักษาอย่างเร่งด่วน เมื่อแพทย์สงสัยว่า ผู้ป่วยมีแอนาฟีแล็กซิส ควรรีบให้การรักษาดังนี้

1. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่สงสัยว่า ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ เช่น กรณีสงสัยแพ้ยาควรพิจารณาหยุดยาที่สงสัยทุกชนิดไปก่อนและพิจารณาให้ยาทางเลือกอื่นทดแทนหากจำเป็น

2. ประเมินทางเดินหายใจ (Airway), การหายใจ (Breathing) และระบบไหลเวียนเลือด (Circulation)

3. ให้การรักษาด้วยยา Adrenaline ซึ่งถือเป็นยาที่มีความสำคัญที่สุดและจำเป็นต้องให้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจาก adrenaline มีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง Alpha- และ Beta-adrenergic receptors โดยผลของการกระตุ้น Alpha-1 adrenergic receptors ทำให้หลอดเลือดหดตัว, เพิ่มความดันเลือด และลดการบวมของทางเดินหายใจ ส่วนการกระตุ้น Beta-1 adrenergic receptor มีผลกระตุ้นแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น (Positive inotropic และ Chronotropic effects) และการกระตุ้น Beta-2 adrenergic receptor มีฤทธิ์ทำให้หลอดลมขยายตัว และ เพิ่มการสร้าง Cyclic AMP ภายในเซลล์ ทำให้ลดการหลั่งสารสื่อกลางจาก mast cells และ basophils ขนาดของยาที่ใช้ คือ สารละลาย Adrenaline 1:1,000 (1 มก./มล.) 0.01 มล./กก. ขนาดยาสูงสุดที่ให้ คือ 0.3 มล. ในเด็ก หรือ 0.3-0.5 มล. ในผู้ใหญ่ บริหารยาโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณ mid-anterolateral ของต้นขา เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีการดูดซึมยาได้เร็วที่สุด และหากอาการไม่ดีขึ้นสามารถให้ซ้ำได้อีก 1-2 ครั้ง ทุก 5-15 นาทีกรณีผู้ป่วยมีความดันเลือดต่ำมากและไม่ตอบสนองต่อการฉีดยา Adrenaline เข้ากล้ามเนื้อ หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด สามารถให้ยา Adrenaline ทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องได้ แต่ต้องระวังในการผสมยาและคำนวณขนาดยาให้ถูกต้อง เนื่องจากอาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติและเกิดอันตรายถึงชีวิตหากได้รับ ยาเกินขนาด จึงควรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตเพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ขนาดยาเริ่มต้น คือ 0.1 ไมโครกรัม/กก./นาที ในเด็ก หรือ 1-4 ไมโครกรัม/นาที ในผู้ใหญ่ และปรับขนาดยาตามระดับความดันเลือดของผู้ป่วย

4. จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนหงาย อาจยกขาสูงประมาณ 15 องศา (Trendelenburg position) เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจ แต่ควรระวังในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงทางระบบทางเดินหายใจหรือมีอาการอาเจียน เนื่องจากการยกขาสูงอาจเพิ่มแรงกดลงบนกระบังลมทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่สะดวก ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก สามารถจัดท่าที่รู้สึกสบายในท่านั่ง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนสามารถจัดท่านอนตะแคงซ้ายเพื่อป้องกัน การสำลัก ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางเร็วๆ จากท่านอนเป็นท่านั่งหรือยืน เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยช็อกหรือเสียชีวิตได้

5. ให้ออกซิเจนและพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อมีภาวะหายใจล้มเหลวตามข้อบ่งชี้

6. ให้สารน้ำในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดต่ำหลังจากให้ยา Adrenaline ชนิดของสารน้ำที่ควรเป็น Crystalloid (lactated Ringer's solution หรือ normal saline) โดยให้ขนาด 10-20 มล./กก. ภายใน 5-10 นาทีแรก และ ปรับอัตราการให้สารน้ำตามสัญญาณชีพ ในกรณีความดันเลือดยังไม่ดีขึ้นหลังจากให้ยา Adrenaline และสารน้ำควร พิจารณาให้ Dopamine

7. การให้อาหารอื่น ๆ ได้แก่

7.1 ยาต้านฮิสตามีน (antihistamine) ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์เฉพาะด้านฮิสตามีน แต่ไม่ช่วยในการรักษาอาการที่เกิดจากการหลั่งสารตัวกลางอื่น ๆ เช่น cysteinyl leukotrienes, prostaglandins และ PAF จึงไม่ควรนำมาใช้แทนยา Adrenaline โดยยาในกลุ่ม H1 antihistamine จะช่วยลดอาการทางระบบผิวหนัง เช่น อาการคัน ผื่นลมพิษ แต่อาจทำให้มีอาการข้างเคียง เช่น ง่วงนอน มีนสิริระ โดยเฉพาะการให้ H1 antihistamine รุ่นแรก เช่น Diphenhydramine และ Chlorpheniramine ซึ่งทำให้แพทย์ประเมิน

อาการไต่ยา อาจใช้ H1 antihistamine รุ่นที่ 2 (second generation) แทน เช่น Cetirizine, Loratadine และ Fexofenadine ซึ่งมีข้อดีที่มีผลข้างเคียงทำให้ง่วงน้อยกว่า แต่มีเฉพาะยารับประทาน ส่วน H2 antihistamine มีประโยชน์ในการช่วยลดอาการปวดศีรษะ, ลดผื่น และลดการเกิดความดันเลือดต่ำ ยาทั้งสองกลุ่ม จึงอาจใช้ร่วมกันได้ ยาในกลุ่ม H2 antihistamine ที่นิยมใช้ คือ Ranitidine ปัจจุบันองค์การอาหารและยาสั่งระงับ การใช้ยานี้เนื่องจากพบสารปนเปื้อน โดยยาที่อาจใช้แทนกันได้ คือ Cimetidine แต่ควรให้ช้าๆ เนื่องจากอาจมีผลทำให้ ความดันเลือดต่ำได้หากให้ทางหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามแนวทางปฏิบัติของบางประเทศในปัจจุบันไม่แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มนี้เนื่องจากขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาแอนาฟิแล็กซิส

7.2 คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) บทบาทของคอร์ติโคสเตียรอยด์ในการรักษาแอนาฟิแล็กซิสยังไม่ชัดเจน เนื่องจากคอร์ติโคสเตียรอยด์ออกฤทธิ์ช้า จึงไม่มีประโยชน์ในการรักษาช่วงแรกของการเกิดแอนาฟิแล็กซิส จากการวิเคราะห์หออภิบาลซึ่งรวบรวมการศึกษา ที่เป็นการศึกษาเชิงสังเกตพบว่า คอร์ติโคสเตียรอยด์ไม่ได้มีผลในการลด Biphasic anaphylaxis ดังนั้นในแนวทาง เวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง พ.ศ. 2560 จึงแนะนำว่า อาจพิจารณาให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ ในผู้ป่วยที่มีภาวะแอนาฟิแล็กซิสรุนแรง, มีประวัติโรคหืด หรือผู้ป่วยที่เคยได้รับ Systemic corticosteroid ในเวลา หลายเดือนมาก่อน

7.3 ยาขยายหลอดลมชนิด Beta2-adrenergic agonist พิจารณาให้ยาในกรณีผู้ป่วยยังมีการหอบเสียงหวีดจากการหดเกร็งของหลอดลมหลังจากที่ได้รับ ยา Adrenaline แล้ว

7.4 Glucagon และ Atropine ผู้ป่วยที่ได้รับยา Beta-blocker อาจเกิดความดันเลือดต่ำและหัวใจเต้นช้าจากการกีดการทำงานของหัวใจ ทำให้เพิ่มความรุนแรงของแอนาฟิแล็กซิสและไม่ตอบสนองต่อยา Adrenaline ที่ให้ในขนาดปกติได้ การให้ Glucagon จะมีฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจและลดการหดเกร็งของหลอดลมโดยไม่ผ่าน Beta receptor ส่วน Atropine มีประโยชน์ ในกรณีหัวใจเต้นช้า พิจารณาให้ยาในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้ยา Adrenaline และสารน้ำ

- การรักษาในระยะยาวและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

1. เตรียมยาฉีด Adrenaline โดยดูดยาใส่กระบอกฉีดยาพร้อมฉีดยา (Adrenaline prefilled syringe) หรือ Adrenaline auto-injector เพื่อให้ผู้ป่วยพกติดตัวไว้ตลอดเวลาและใช้ได้ทันทีเมื่อมีอาการ พร้อมทั้งสอนวิธีการฉีดยา เข็มกล้ำเนื้อที่ถูกต้อง

2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแอนาฟิแล็กซิส สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการและอาการที่ต้องฉีดยา Adrenaline

3. ให้บัตรประจำตัวผู้ป่วยที่แสดงให้ทราบว่า ผู้ป่วยแพ้ยาหรือสารใด

4. ประเมินและหาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดแอนาฟิแล็กซิสในผู้ป่วย รักษาโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะแพ้รุนแรงได้มากขึ้น เช่น โรคหืด โรคหัวใจและหลีกเลี่ยงการใช้ยากกลุ่ม Beta-blocker ในผู้ป่วยที่มีประวัติ แอนาฟิแล็กซิส

5. แนะนำการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ โดยเฉพาะกรณีที่น่าสงสัยว่าปัจจัยกระตุ้นที่แน่นอนที่ทำให้เกิดแอนาฟิแล็กซิส

6. พิจารณาการรักษาโดยการปรับภูมิคุ้มกัน ซึ่งช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการน้อยลงหรือไม่เกิดอาการเมื่อสัมผัส สิ่งกระตุ้นเดิม ได้แก่ การรักษาโรคมภูมิแพ้ด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Allergen immunotherapy) โดยการให้สารที่ผู้ป่วยแพ้ ครั้งละน้อย เช่น การฉีดวัคซีนภูมิแพ้ในผู้ป่วยที่แพ้พิษแมลงตระกูล Hymenoptera ได้แก่ ผึ้ง, ต่อ, แตน และมดคันไฟ ในผู้ป่วยที่แพ้อาหารการให้สารก่อภูมิแพ้โดยการรับประทาน โดยการอมใต้ลิ้นหรือการให้ทางผิวหนัง (Oral, Sublingual, และ Epicutaneous immunotherapy) ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทาน

อาหารที่แพ้ได้มากขึ้น หรือการทำ Desensitization สำหรับผู้ป่วยที่มีการแพ้ยา แต่ผลจากการทำ Desensitization จะเป็นผลชั่วคราวเฉพาะขณะที่ ทำเท่านั้น หากผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาที่แพ้ก็ ต้องทำ Desensitization ต่อยาชนิดนั้นใหม่ โดยสามารถส่งต่อผู้ป่วย มาพบแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมุมิแพ้เพื่อให้การ วินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรง

3.2.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงในระยะเฉียบพลัน

- ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยา ในผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรงให้ได้รับสารน้ำในปริมาณและอัตราที่เหมาะสม
- ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ในกรณีผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและความดันโลหิตต่ำ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการแพ้รุนแรง

- การจัดทำผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยนอนหงาย อาจยกขาสูงประมาณ 15 องศา (Trendelenburg position) เพื่อ ฟื้นฟูการไหลเวียนเลือดในภาวะความดันโลหิตต่ำจากอาการแพ้รุนแรง

- ติดตามและประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง จดบันทึกและรายงานแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติ

3.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรงในระยะยาวและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

- ติดตามเฝ้าระวังอาการ เฝ้าระวังอาการแพ้ระยะที่สอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นภายใน 8-24 ชั่วโมงหลังการรักษา ครั้งแรก

- ให้ความรู้เกี่ยวกับการแพ้ชนิดรุนแรง การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ผู้ป่วยแพ้ และสอนการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการแพ้ รุนแรงแก่ผู้ป่วย

- แนะนำให้ผู้ป่วยพกยาใช้ฉุกเฉินกรณีเกิดการแพ้รุนแรง เช่นยาแก้แพ้ ยายขยายหลอดลม ตามแพทย์ เห็นสมควร

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 33 ปี รูปร่างสมส่วน มาเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2567 เวลา 20.06 น. ให้ประวัติว่าเวลาประมาณ 16.00 น. รับประทานกล้วยทอดและ ลูกชิ้นทอด ต่อมาเวลาประมาณ 18.00 น. รับประทานกล้วยหอม หลังจากนั้นเริ่มมีอาการคันคอ คอบวม หายใจเหนื่อย ไม่แน่นหน้าอก ไม่คัน มีผื่นบริเวณคอ มีอาเจียน 3-4 รอบ ไม่มีถ่ายเหลว ผู้ป่วยมีอาการประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนมาที่ห้องฉุกเฉิน ประเมินอาการที่ห้องฉุกเฉินเข้าได้กับอาการแพ้รุนแรง จัดอยู่ในผู้ป่วยประเภท Emergency ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเดินมาเอง มีอาการคันคอพูดไม่ชัด บ่นเรื่องอาการหายใจไม่สะดวก ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 153/116 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ รุ่มาตามมีปฏิกิริยาต่อแสง 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดเบื้องต้นเสียงปอดปกติ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รายงานอาการให้แพทย์รับทราบ แพทย์พิจารณาให้ยา Adrenaline (1:1,000) 0.5 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อที่หน้าขาขวา CPM 10 มิลลิกรัม และ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นติดตามประเมินอาการต่อเนื่องประมาณ 5 นาทีหลังได้ยาพบว่า ผู้ป่วยยังมีอาการคันคอพูดไม่ชัด จึงมีการประเมินสัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 168/104 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แพทย์จึงพิจารณาให้ยา Adrenaline (1:1,000) 0.5 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อที่หน้าขาซ้ายซ้ำครั้งที่ 2 หลังจากนั้นติดตามประเมินอาการต่อเนื่องประมาณ 5 นาทีซ้ำ ผู้ป่วยยังมีอาการคันคอพูดไม่ชัด แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเป็น Refractory Anaphylaxis แพทย์ปรับ

แผนการรักษาให้ยา Adrenaline (1:1,000) 2 มิลลิกรัม ผสมในสารน้ำ 5%DW 500 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 15 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ส่งตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte วัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 139 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผลตรวจจังหวะซินัสปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 115 ครั้งต่อนาที หลังจากผู้ป่วยได้รับยา Adrenaline อย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ ติดตามประเมินอาการต่อเนื่องประมาณ 30 นาที ผู้ป่วยยังมีอาการใจสั่น ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 162/92 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แพทย์จึงพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 มิลลิกรัม อัตรา 80 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง หลังจากนั้น ติดตามประเมินอาการต่อเนื่องประมาณ 30 นาที ผู้ป่วยอาการ ใจสั่นลดลง หายใจสะดวกขึ้น พูดชัดขึ้น ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 150/94 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 118 ครั้งต่อนาที วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยอาการคงที่ แพทย์พิจารณาปรับไว้เป็นผู้ป่วยในเพื่อติดตามอาการแพ้ต่อเนื่อง จึงติดต่อประสานส่งตัวโรงพยาบาลศิริราชตามสิทธิ์การรักษา หลังจากประสานทางโรงพยาบาลศิริราชเตียงเต็ม จึงให้ผู้ป่วยรับการรักษาต่อที่แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางใหญ่ แพทย์ให้การรักษาดังนี้ CPM 10 มิลลิกรัม และ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 มิลลิกรัม อัตรา 80 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ให้ยา Adrenaline (1:1,000) 2 มิลลิกรัม ผสมในสารน้ำ 5%DW 500 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 15 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง มีติดตามให้การพยาบาลโดย ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามเวลา ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยรักษาต่อที่โรงพยาบาลในแผนกหอผู้ป่วยใน 3 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อยๆ จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ พยาบาลได้ให้คำแนะนำเรื่อง ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่แพ้เนื่องจากหากรับประทานอาหารชนิดเดิมที่เป็นสาเหตุของการแพ้ ก็จะมีอาการลักษณะเดิมอีก ทำให้ไม่สามารถทานอาหารชนิดนั้นได้เป็นปกติอีก และให้มาติดตามอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินการดำเนินโรคและประเมินโอกาสหายแพ้ ผู้ป่วยมีนัดติดตามอาการวันที่ 18 กันยายน 2567 หลังจากผู้ป่วยมาตามนัดติดตามอาการพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ไม่มีอาการแพ้ซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรง ได้รับการวินิจฉัย การดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วิธีการดำเนินงาน

1. ศึกษาและคัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางใหญ่จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
3. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางด้านวิชาการเกี่ยวกับการแพ้ชนิดรุนแรง
4. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ทำการศึกษา
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลตามแผนการพยาบาลสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ

6. เรียบเรียงและเขียนเป็นเอกสารทางวิชาการ (กรณีศึกษา) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้
ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัย ได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตาม
มาตรฐานวิชาชีพ มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตั้งแต่แรกเริ่ม ณ จุดเกิดเหตุ ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ
จนกระทั่งถึงหน่วยงานปลายทาง หอผู้ป่วยในหญิงโรงพยาบาลบางใหญ่

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง 1 เรื่อง

เชิงคุณภาพ

1. สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการแพ้รุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
2. มีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรงใช้ประเมินแบบเดียวกันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางการดูแลและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรง ในหน่วยงาน
2. นำความรู้ที่ได้ มาเป็นแนวทางในการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรง ในหน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุม ปลอดภัยตามมาตรฐาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ชักประวัติผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าหลายชนิดก่อนมีอาการและเป็นอาหารที่เคยรับประทานเป็น
ปกติ จึงทำให้อาการวินิจฉัยโรคล่าช้าและคลาดเคลื่อน
2. ทำการรักษาผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้ยา จึงมีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะมีอาการหนักมากขึ้น

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ขาดเครื่องมือในการประเมินอาการแพ้รุนแรง
2. ผู้ป่วยไม่สามารถไปรักษาตามสิทธิ์ได้

9. ข้อเสนอแนะ

หากมีแนวปฏิบัติทางคลินิกทางการพยาบาลที่ชัดเจนและมีมาตรฐาน ช่วยให้การพยาบาลเป็นไปในทิศทาง
เดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยได้

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวเชษฐธิดา ทวีโภค สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *เชษฐธิดา ทวีโภค*
(นางสาวเชษฐธิดา ทวีโภค)
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) *9* / *กุมภาพันธ์* / *2569*
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
เชษฐธิดา ทวีโภค	1๕๐๕๕๓๓ ทวี/๓๓

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
 (นางสาวปรารถนา เชื้อสารารัตน์)
 ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่
 วันที่...../..... 1๕ ๑๐ ๕๙ /.....

ลงชื่อ.....
 (นายกวิตม์ ชื่อมั่น)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย
 รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่
 วันที่..... 1๖ / สิงหาคม / ๕๕๙

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แบบประเมินอาการผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis)
2. หลักการและเหตุผล

การแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่สามารถคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ หากไม่ได้รับการประเมินและรักษาอย่างทันที่ อาการแพ้รุนแรงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมักส่งผลกระทบต่อหลายระบบในร่างกาย เช่น ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาท ใบประเมินอาการผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง ถูกจัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานสำหรับการประเมินอาการและวางแผนการรักษาอย่างรวดเร็วและแม่นยำ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยใบประเมินนี้ได้ระบุอาการสำคัญ ที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง รวมถึงแนวทางการตรวจร่างกายเบื้องต้น และการรักษาเร่งด่วน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติสากล และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการส่งต่อหรือบันทึกในเวชระเบียนได้อย่างครบถ้วนและเป็นระบบ

จากสถิติของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางใหญ่ ระหว่างปี 2564 – 2567 พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) มีแนวโน้มเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย เท่ากับ 38, 41, 67 และ 91 ราย ตามลำดับ พบว่าร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาทันเวลา (เช่น การได้รับยา Epinephrine ภายใน 5 นาทีแรกหลังมาถึงโรงพยาบาล) กลับมีแนวโน้มที่ยังไม่สูงมากนัก โดยอยู่ที่ร้อยละ 20.0, 25.0, 22.0 และ 26.0 จากการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยแพ้รุนแรงยังล่าช้าคือ การขาดความเข้าใจในการประเมินและวินิจฉัยอาการแพ้รุนแรงในระยะแรก ทั้งจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และแม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนที่อาจขาดความมั่นใจในการใช้แนวทางปฏิบัติมาตรฐาน นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจมาถึงโรงพยาบาลช้า หรือมีอาการกำเริบระหว่างการเดินทาง ส่งผลให้การประเมินและให้การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น หัวใจหยุดเต้น

ผู้จัดจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการทำแบบประเมินอาการผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรง เพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยใบประเมินนี้จะช่วยให้บุคลากรสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ครบคลุม และรวดเร็ว สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติสากล เพื่อให้การวินิจฉัยและการให้การรักษาเป็นไปอย่างทันที่และดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการแพ้รุนแรงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการตอบสนองและรักษาอย่างรวดเร็ว การมีใบประเมินมาตรฐานช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานตามขั้นตอน ลดความสับสน เพิ่มความมั่นใจ และช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ใบประเมินนี้ออกแบบมาเพื่อให้ครอบคลุมอาการสำคัญ การตรวจร่างกาย แนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานสากล และแนวทางการติดตามทางการแพทย์ เพื่อให้ทุกคนมีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์คุณภาพการรักษา (Quality Improvement) ในหน่วยงาน

- ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. บุคลากรบางคนอาจยังไม่เข้าใจวิธีการใช้แบบประเมินหรือแนวทางการรักษา
2. การไม่กรอกข้อมูลครบถ้วนในสถานการณ์เร่งด่วน อาจทำให้บางส่วนของใบประเมินถูกละเลย
3. ความไม่ต่อเนื่องในการใช้ หากไม่มีระบบติดตามและประเมินผล อาจทำให้บุคลากรกลับมาใช้วิธีเดิม

4. การปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท บางหน่วยงานอาจมีการปฏิบัติหรือขั้นตอนเฉพาะที่แตกต่างกัน

- แนวทางการแก้ไข

1. จัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (Simulation / Workshop)

เพื่อให้บุคลากรได้ฝึกการใช้แบบประเมินในสถานการณ์จำลอง สร้างความคุ้นเคยและมั่นใจ

2. จัดให้มีการตรวจสอบความครบถ้วนของใบประเมิน โดยอาจมีหัวหน้าทีม/ผู้ตรวจสอบคอยประเมินและให้คำแนะนำ

3. บูรณาการแบบประเมินเข้ากับระบบบันทึกเวชระเบียน

4. ปรับปรุงแบบประเมินให้เหมาะสม หากพบข้อจำกัดหรือความซ้ำซ้อน ให้มีการปรับปรุงรูปแบบหรือเนื้อหาให้กระชับและเหมาะสมยิ่งขึ้น

5. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย เน้นการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการใช้ใบประเมินอย่างยั่งยืน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ รวดเร็ว ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน

2. ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดในอาการประเมินผู้ป่วย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการแพ้รุนแรง

(ลงชื่อ) *เบญจมาภรณ์ นิลโคตร*

(นางสาวเบญจมาภรณ์ นิลโคตร)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ *๑* / *สิงหาคม* / *๒๕๖๑*

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ 4 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวเชษฐธิตา ทวีโภค

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

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

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

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

ลงชื่อ..... 

(นางสาวปรารธนา เชื้อสำราญรัตน์)

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่

วันที่..... / 12 ๒๐ ๖๙ /

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

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

ลงชื่อ.....

(นายกวิตม์ ชีอัมมัน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

วันที่ 16 / มกราคม / 2569

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

3.ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ✓ 
 (..... (นายปริพนธ์ จุลเจิม).....)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
 ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี
 (วันที่) / ๑๑ มี.ค. ๒๕๖๗