



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่
ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓
ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ
ชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน ๒๙ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวพัชรนันท์ เยาวนิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวอลิยา วรรณอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓.	นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๔.	นางวิยะดา เจริญกิตติวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๕.	นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๖. นางสาว...

๖. นางสาววันทนา หินเฮอร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๗. นางลิขิต จินตามาศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๘. นางสาวปรานี ปานเอ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๙. นางบุญนุช ฉิมชั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๐. นางสาวธนาธิป มาพูน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๑. นางดอกไม้ บุตรดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๒. นางสาวอรพรรณ เห่งนาเลน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๓. นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๑๔. นางศิริรัตน์ พรจรัสสมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

๑๕. นางสาวศศิวิมล อยู่ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๖. นางอำภา กิตติเตชาชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๗. นางศิริกาญจน์ โกเศสสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๘. นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลวิสัญญี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๑๙. นางสาวนิศารัตน์ ธรรมวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒๐. นางพิมพ์ภัส บัวครั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๑. นางสุรีย์รัตน์ สดาร์ตัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๒. นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๒๓. นางธิดารัตน์ บุญประภาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๒๔. นางสาว...

๒๔. นางจิตาภา รอดโพธิ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๒๕. นางจิราพร ศิลาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๖. นางชวิศลินี สุทธิวัฒน์ธนากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒๗. นางสาวลักขณ์ ถาน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒๘. นางสาวลักขณ์มีพร หอมคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๙. นางสาวชมศา คัชชาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา
ดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใด
จะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

๕๖, ๗

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

[illegible]

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย : กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาการดำเนินการ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
- ๓.๑ ความหมายของโรค

โรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย (stroke in the young) หมายถึง ภาวะหรือกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของการสูญเสียทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า ๒๔ ชั่วโมง (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, ๒๕๕๗) และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดในสมองที่ทำให้เกิดการอุดตันหรือเลือดออกในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕-๔๕ ปี พบประมาณร้อยละ ๕ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (เมธพร มั่นคง, ๒๕๖๕; ศุจิพิชชา จันทระประภาพกุล และศุภชาติ ชมพูนุช, ๒๕๖๒) ซึ่งประกอบด้วยภาวะอุดตันหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดเลือด (cerebral infarction) ภาวะที่มีการแตกของหลอดเลือดสมอง ที่เกิดขึ้นเอง ทำให้เลือดออกในสมอง หรือเยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นอะแรนอยด์ (intracerebral hemorrhage and subarachnoid hemorrhage) ทั้งนี้ไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) เลือดดำในเยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นดิวรา และนอกชั้นดิวรา(subdural and epidural hematoma) และลิ่มเลือดหัวใจอุดตัน (cardiogenic cerebral embolism)

๓.๒ พยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, ๒๕๕๗)

ความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็นชนิดต่างๆ ดังนี้คือ

๑. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า ๘๐% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไปเพียงพอ ส่วนใหญ่ แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้น เลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก ๒ ชนิดย่อย ได้แก่

๑) โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

๒) โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้ เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

๒. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือ ฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้น้อยกว่าชนิดแรก คือประมาณ ๒๐% สามารถแบ่งได้อีก ๒ ชนิดย่อย ๆ ได้แก่ ๑) โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด ๒) โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด สมองตั้งแต่กำเนิด

๓.๓ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๖๕)

โรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของตัวหลอดเลือดเอง หลอดเลือดอักเสบ โรคดอสแอลอี (SLE ; Systemic lupus erythematosus) โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคลิ้นหัวใจตีบ

และการใช้ยาเสพติด ปัจจัยต่างๆต่อไปนี้จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ในทุกกลุ่มอายุ ในกลุ่มคนอายุน้อยที่ควบคุมโรคประจำตัวไม่ดี อาจทำให้เกิดภาวะไขมันอุดตัน และเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า โคเคนเฮโรอีน เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อยมีความคล้ายกันกับคนที่อายุมาก แต่ที่สำคัญคือ ในคนอายุน้อยจะมีปัจจัยเสี่ยงที่กว้างกว่า โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อต่างๆดังต่อไปนี้

๑.ปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรม พบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่พบสูงสุด ๒ อันดับแรก คือ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงลักษณะการใช้ชีวิต (lifestyle) หรือการไม่ได้ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้สามารถเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนทั่วไป

๒.ปัจจัยเสี่ยงจากโรคประจำตัว ได้แก่ ๑) โรคความดันโลหิตสูงพบประมาณร้อยละ ๓๕ ๒) โรคเบาหวาน พบประมาณร้อยละ ๑๐ ๓) ไขมันในเลือดสูง พบประมาณร้อยละ ๕๐ - ๖๐

๓.ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในผู้หญิง ได้แก่ ๑) ไมเกรนชนิดมีอาการนำ (migraine with aura) ๒) การใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน ๓) การตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุที่ไม่ค่อยพบ แต่ก็สามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

๔.ปัจจัยเสี่ยงจากโรคหัวใจ ได้แก่ การมีรูที่ผนังห้องหัวใจ (patent foramen ovale) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง โรคลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว มีการติดเชื้อที่เยื่อหัวใจหรือลิ้นหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว (Atrial fibrillation)

๕.ปัจจัยเสี่ยงจากภาวะที่หลอดเลือดแข็งตัวง่าย ได้แก่ ภาวะที่หลอดเลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ โดยสามารถเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น การเกิดการกลายพันธุ์ของยีน (gene mutation), การขาดโปรตีน antithrombin, กลุ่มอาการต้านฟอสโฟลิพิด (antiphospholipid syndrome), ภาวะกรดอะมิโนในเลือดสูง (hyper homo cysteinemia), โรคเม็ดเลือดแดงเป็นรูปเคียว (sickle cell disease) โรคแพ้ภูมิตัวเองหรือ SLE (Systemic lupus erythematosus) หรือจากสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้เกิด ไม่ว่าจะเป็น มะเร็ง การตั้งครรภ์ หรือภาวะ metabolic syndrome ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดง่ายมากขึ้น

๖.ปัจจัยเสี่ยงจากความผิดปกติของหลอดเลือด อาจพบได้ไม่บ่อยนักแต่ก็เป็นความเสี่ยงหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อยได้โรคของหลอดเลือดแดงดังกล่าว ได้แก่ ๑) โรคทางกายาสู (Takayasu arteritis) ๒) โรคหลอดเลือดสมองอักเสบ ๓) ภาวะที่มีการแคบลงของหลอดเลือดแดง (Fibromuscular dysplasia) ๔) ภาวะหลอดเลือดแดงหดตัวชั่วคราว (Reversible cerebral vasoconstriction syndrome)

๗.ปัจจัยเสี่ยงจากโรคทางพันธุกรรม ได้แก่ ๑) โรคแฟเบร (X-linked Fabry disease) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน ๒) โรค mela เป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ๓) โรค CADASIL เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออาการกลายพันธุ์ของเซลล์กล้ามเนื้อของหลอดเลือดขนาดเล็ก ๔) โรคโมยาโมยา (Moyamoya disease) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ๕) โรคทางพันธุกรรมบางอย่างที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรมของ Factor V Leiden ภาวะพร่องโปรตีน C และ S ภาวะพร่อง Antithrombin III ภาวะHomocysteine ในเลือดสูง (Hyper homo cysteine)

๓.๔ อาการของโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๒๕๖๕)

อาการจะเหมือนกับในคนที่อายุมาก กล่าวคือ อาการที่เกิดจากเนื้อเยื่อสมองส่วนที่ขาดเลือดเสียการทำงานไปตัวอย่างเช่น พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง คิดคำพูดไม่ออก แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง แขนขาชาข้างใด

ข้างหนึ่ง เวียนศีรษะ เดินเซ เห็นภาพซ้อน การมองเห็นผิดปกติไป ซึ่งอาจสังเกตอาการได้ตามหลัก Fast ได้แก่ F (Face) ผู้ป่วยจะมีอาการหน้าเบี้ยว A (Arms) อาการแขนขาอ่อนแรง S (Speech) ผู้ป่วยจะมีอาการพูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้ เหมือนลิ้นคับปาก T (Time) การรับนำผู้ป่วยที่สงสัยไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดโดยเร็วที่สุด

อาการและอาการแสดงตามตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ (จิราพร ธิไร, ๒๕๕๘)

๑. กลุ่มอาการที่เกิดการอุดตันที่หลอดเลือดแดงแอนทีเรียลเซเรบรอล (Anterior cerebral) จะทำให้เกิดอาการอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขนขาข้างตรงกันข้ามกับรอยโรคหรือมีอาการชาบริเวณดังกล่าวร่วมด้วย

๒. กลุ่มอาการที่มีการอุดตันที่หลอดเลือดแดงมิดเดิลเซเรบรอล (Middle cerebral) จะพบอาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อน แรงแกร่งซีก และแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกอาจมีอาการชาครึ่งซีกร่วมด้วย อาจมีอาการผิดปกติของการมองเห็น ซึ่งจะเกิดด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการอุดตัน นอกจากนี้มักมีอาการกลืนลำบากและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ร่วมด้วย ถ้ามีการอุดตันที่หลอดเลือดสมองซีกที่เด่น ผู้ป่วยจะพูดไม่ได้

๓. กลุ่มอาการที่มีการอุดตันที่หลอดเลือดแดงเวอร์เทโบเบซิลาร์ (Vertebrobasilar) เนื่องจากเป็นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้านสมอง และก้านสมองมีโครงสร้างที่ซับซ้อน รอยโรคข้างใดข้างหนึ่งมักทำให้เกิดอาการและอาการแสดงปรากฏที่ร่างกายทั้งสองซีก ทำให้สูญเสียการทำงานของเส้นประสาทสมองซีกเดียวกับรอยโรค ในขณะที่ทำให้เกิดอาการชาและอ่อนแรงของร่างกายซีกตรงข้าม หนึ่งตาตก กลืนลำบาก พูดไม่ชัด

๔. กลุ่มอาการที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงโพสทีเรียลเซเรบรอล (Posterior cerebral) จะพบอาการสูญเสีย ความรู้สึกครึ่งซีกหรือรับรู้ความรู้สึกมากกว่าปกติ สูญเสียความสามารถในการมองเห็นความสามารถในการอ่าน และอาจสูญเสียความทรงจำได้

๓.๕ ภาวะแทรกซ้อน

โรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว หรือส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สมองขาดเลือด และขึ้นอยู่กับบริเวณสมองที่ได้รับผลกระทบ

๑. อัมพาต ผู้ป่วยอาจเกิดอัมพาตส่วนใดส่วนหนึ่งบนร่างกาย หรือไม่สามารถขยับกล้ามเนื้อบนใบหน้า อาการอาจเกิดขึ้นบริเวณด้านใดด้านหนึ่งของใบหน้าหรือแขน

๒. ปัญหาการพูดหรือการกลืน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองคือ ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการพูด การกลืน หรือการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยจะพบปัญหาด้านภาษาอย่าง เช่น การพูดคุ้ย การพยายามทำความเข้าใจคำพูดของคนอื่น การอ่านและการเขียนหนังสือ

๓. สูญเสียความทรงจำ หรือปัญหาเกี่ยวกับสมอง โดยทั่วไปผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดอาการสูญเสียความทรงจำ ผู้ป่วยบางคนอาจจะพบปัญหาเกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ หรือการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ

๔. อารมณ์แปรปรวน ผู้ป่วยจะพบปัญหาในการบริหารอารมณ์ และเป็นไปได้ที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า

๕. เจ็บปวดหรือชาบริเวณร่างกาย ผู้ป่วยจะรู้สึกปวด หรือชาบนร่างกาย โดยเฉพาะส่วนที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ยกตัวอย่างเช่น หากโรคส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกในแขนด้านซ้าย ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกเจ็บแปล็บแขนด้านดังกล่าว

๖. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง และเกิดการทอดทิ้งตัวเอง (Self – neglect) โรคอาจส่งผลให้ผู้ป่วย เริ่มมีการปลีกแยกจากสังคม และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการดูแลตัวเองและทำกิจวัตรประจำวัน

๓.๖ การวินิจฉัย (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๓)

๑. การซักประวัติ อาการทางระบบประสาท และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก
๒. การตรวจร่างกาย ตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจร่างกายตามอาการทางระบบประสาท
๓. การตรวจพิเศษ ได้แก่

๓.๑ การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan brain) สามารถบอกได้แน่นอนว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือเลือดออกในสมอง การตรวจ MRI (Magnetic Resonance Imaging) สามารถตรวจได้ละเอียดและแม่นยำมากขึ้น การตรวจ MRA (Magnetic Resonance Angiography) เป็นการตรวจพยาธิสภาพของหลอดเลือดบริเวณคอและหลอดเลือดในสมอง

๓.๒ การฉีดสารทึบรังสีเพื่อตรวจหลอดเลือดสมอง (Cerebral angiography) สามารถทำได้โดยการสอดใส่สายสวนหลอดเลือดแดงที่บริเวณขาหนีบไปที่หลอดเลือดคอ แล้วจึงฉีดสารทึบรังสี เพื่อดูการอุดตันของหลอดเลือดสมองโดยตรง

๓.๓ การเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง (Lumbar puncture) สามารถทำได้โดยใช้เข็มแบบพิเศษ เจาะที่ช่องระหว่างกระดูกสันหลังระดับเอวผ่านเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง เพื่อนำน้ำไขสันหลังออกมาตรวจ ซึ่งจะช่วยให้ช่วยในการวินิจฉัยภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มสมองได้ นอกจากนั้นในบางครั้งสามารถบอกสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้

๓.๔ อัลตราซาวนด์หลอดเลือด (ultrasonography) การตรวจอัลตราซาวนด์ หลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอและสมอง เพื่อดูตำแหน่งและความผิดปกติของหลอดเลือดที่คอ และหลอดเลือดในสมอง ๓.๗ การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๓)

๑. การรักษาในระยะเฉียบพลัน เพื่อลดความพิการโดยการเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่วที่ขาดเลือด โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเลือดแข็งตัว ยาต้านเกล็ดเลือด อย่างไรก็ตามการให้ยาดังกล่าวนี้อาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อน คือ ทำให้มีเลือดออกในสมองรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ และต้องให้ยาหลังเกิดอาการภายในเวลาไม่นาน ก่อนที่เนื้อสมองจะตายไป

๒. การรักษาเพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ การดูแลการหายใจให้โล่งและได้รับออกซิเจนเพียงพอ เพื่อช่วยลดเซลล์สมองที่อาจตายเพิ่มขึ้น และลดความดันกะโหลกศีรษะ การควบคุมความดันโลหิตให้สูงหรือต่ำเกินไป ควรอยู่ในระดับความดัน Systolic ไม่ให้สูงเกิน ๒๒๐ มิลลิเมตรปรอท และความดัน Diastolic ไม่ให้สูงเกิน ๑๒๐ มิลลิเมตรปรอท หรือความดันเลือดแดงเฉลี่ยไม่เกิน ๑๖๐ มิลลิเมตรปรอท การรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากสมองบวม ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ปริมาณสารน้ำในร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล ควบคุมระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยสูงกว่า ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท และไม่เกิน ๑๖๐ มิลลิเมตรปรอท ให้ยาช่วยลดสมองบวม เผื่อระวังอาการชัก การมีเลือดออกซ้ำในบริเวณที่มีเนื้อสมองตายขนาดใหญ่ การป้องกันการสำลัก

๓. การรักษาประคับประคองทั่วไปได้แก่ การรักษาความดันโลหิตสูง หลังจาก ๔-๖ สัปดาห์เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันจึงเริ่มให้ยาลดความดันเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้สารอาหารอยู่ในภาวะสมดุล การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ๗๐-๑๑๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ การระวังและรักษาโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อในปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ เป็นต้น

๔. การรักษาสาเหตุและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การรักษาทางยาเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ได้แก่ Warfarin, Aspirin, ยากลุ่ม ACE-I, ยากลุ่ม Statins เป็นต้น

๕. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ในกรณีที่มีความพิการหลงเหลืออยู่

๓.๗.๑ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบตีบและอุดตัน

๑. การรักษาเส้นเลือดในสมองตีบด้วยยา ในกรณีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมงหลังจากมีอาการ และพบภาวะสมองขาดเลือดจากเส้นเลือดในสมองตีบและไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง แพทย์อาจให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ทางเส้นเลือดดำ ซึ่งจะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ทัน นอกจากนี้แพทย์อาจพิจารณาให้ยาต้านเกล็ดเลือดซึ่งเป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทำให้การอุดตันลดลง หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจ ที่ผิดปกติเพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำในระยะยาวเพิ่มเติม

๒. การรักษาเส้นเลือดในสมองอุดตันด้วยยา จะเป็นการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ทางเส้นเลือดดำ เช่นเดียวกันกับการรักษาเส้นเลือดในสมองตีบ ในกรณีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมงหลังจากมีอาการ และพบภาวะสมองขาดเลือดจากเส้นเลือดในสมองอุดตันและไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง

๓. การรักษาเส้นเลือดในสมองอุดตันด้วยการลากลิ่มเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหลัง ๔.๕ ชั่วโมง แต่ไม่เกิน ๘ ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการผิดปกติ และพบว่าเส้นเลือดในสมองขนาดใหญ่อุดตันทางเลือกของการรักษา คือ การใส่สายสวนลากลิ่มเลือด (Clot Retrieval) โดยการใส่สายสวนเข้าทางเส้นเลือดแดงใหญ่พร้อมขดลวดที่ขานหนีไปจนถึงจุดที่เกิดการอุดตัน แล้วดึงเอาลิ่มเลือดที่อุดตันออกจากเส้นเลือดในสมองเพื่อเปิดรูของเส้นเลือดให้เลือดไหลไปเลี้ยงสมองได้

๔. การรักษาเส้นเลือดในสมองตีบตันด้วยการถ่างขยายเส้นเลือด หลังจากแพทย์ตรวจพบว่าเส้นเลือดแดงใหญ่ที่คอที่ไปเลี้ยงสมองแคโรติดตีบมากกว่า ๕๐% ร่วมกับมีอาการของอัมพาตชั่วคราว หรืออัมพาตถาวร เช่น ตามองไม่เห็น พูดลำบาก แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว หรือผู้ที่ยังไม่มีอาการแต่ตรวจพบว่าเส้นเลือดตีบรุนแรงมีความเสี่ยงต่ออัมพาตสูง แพทย์จะทำการรักษาโดยใช้บอลลูนถ่างขยายเส้นเลือดแคโรติดและ/หรือใส่ขดลวด (Carotid Angioplasty and Stenting) เป็นการใส่บอลลูนผ่านทางสายสวนบริเวณขาหนีบไปจนถึงตำแหน่งที่ตีบตัน แล้วทางบอลลูนให้ขยายออกเบียดคราบไขมันหินปูนให้ชิดไปกับผนังเส้นเลือด ทำให้รูของเส้นเลือดเปิดกว้างขึ้น เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้สะดวกขึ้น

๓.๗.๒ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบแตก

๑.การควบคุมความดันและให้ยาลดความดัน

๒.การผ่าตัดในกรณีที่มีเลือดออกมาก

จุดมุ่งหมายในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก หรือฉีกขาดเฉียบพลัน คือการควบคุมปริมาณเลือดที่ออกในสมอง เพื่อรักษาระดับความดันเลือดในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองปริมาณมาก จนกระทั่งมีภาวะความดันในกะโหลกสูง ผู้ป่วยอาจจะจำเป็นที่จะต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนทันที กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองปริมาณน้อย อาจไม่จำเป็นต้องผ่าตัด แต่ให้การรักษาแบบประคับประคอง

๓.๘ กระบวนการพยาบาล (จิราพร รบไพรี, ๒๕๕๘)

๑. การพยาบาลระยะเฉียบพลันเพื่อช่วยลดภาวะสมองบวม เซลล์สมองตาย และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เพื่อให้การพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ ได้แก่ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การกำจัดเสมหะ น้ำลาย ป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจและการสูดสำลัก ประเมินสัญญาณชีพ และอาการแสดงของระบบ ประสาททุก ๑-๒ ชั่วโมง ดูแลความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ติดตามผลการตรวจต่าง ๆ บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และขับออก เฝ้าระวังอาการชักและให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยชัก เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต่าง ๆ

๒. การพยาบาลเมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเตรียมความพร้อมใน การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในเร็วที่สุด ได้แก่ การดูแลความสะอาดของสุขวิทยาส่วนบุคคล บันทึกลักษณะชีพ และอาการแสดงของระบบประสาท ดูแลผิวหนัง พลิกตะแคงตัวป้องกันแผลกดทับ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้อาหารและหายใจลึก ๆ ป้องกันโรคแทรกซ้อน ออกกำลังตามข้อต่าง ๆ ป้องกัน ข้อติดแข็ง ดูแลป้องกันอาการ ท้องผูก ประเมินความสามารถในการมองเห็น การกลืน ปรับวิธีการสื่อสาร ประเมินปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยอมรับและรับทราบความเป็นจริงรอบๆตัว ดูแลให้ได้รับอาหารเพียงพอ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

๓. การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้แก่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเกี่ยวกับ สุขอนามัยส่วนบุคคลให้มากที่สุด สอนให้ทำกิจวัตรประจำวัน สอนการฝึกออกกำลังกายขณะนอน ที่เตียงช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเรียนรู้ทักษะและฟื้นฟูสมรรถภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล คอยติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย

๔. การวางแผนจำหน่าย ได้แก่ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและญาติ ทบทวนการทำกิจวัตรประจำวัน โดยให้ผู้ป่วย และญาติทดลองทำด้วยตนเอง ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับบ้าน ร่วมกับผู้ป่วยและญาติวางแผนแนวทางในการแก้ปัญหา ติดต่อประสานหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อส่งต่อผู้ป่วย

๕. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติจะต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองมากที่สุด พร้อมกับคอยให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในดูแลตนเอง การติดตามให้มาตรวจตามนัด

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลกรองจากโรคมะเร็ง (American Stroke Organization, ๒๐๑๘) และผลจากโรคทำให้เกิดความพิการเรื้อรังทางร่างกายเป็นอันดับที่ ๓ ของโลก จากการสำรวจทั่วโลกพบว่าในปี ๒๕๖๒ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๐๑ ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๑๒.๒ ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ ๑ คนในทุก ๓ วินาที) และเสียชีวิต ๖.๕ ล้านคน สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีมากถึง ๓๔๙,๑๒๖ ราย เสียชีวิต ๓๖,๒๑๔ ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า ๗๐ ปี (ดิเรก ขำแป้น, ๒๕๖๖) และจากการศึกษาของ สมศักดิ์ เทียมเก่า, (๒๕๖๕) พบว่า อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทยมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้นมากในช่วง ๖ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๕) อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป คือ ๓๓๐.๗๒ โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด คือ ๒๒๒.๑๙ โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก คือ ๘๘.๓๘ อัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด คือ ร้อยละ ๗.๓๖ อัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๑๐.๙๒ พบผู้ที่มีความเสี่ยงในการเป็นโรคประมาณ ๑๐ ล้านคน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย มากกว่า ๒.๔ แสนคน ความรุนแรงและความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยนั้น นอกจากทำให้เสียชีวิตแล้ว ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอายุน้อยลดลง จากความพิการที่หลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อยและต้องใช้ชีวิตอย่างพิการไปตลอดในวัยเรียนและวัยทำงาน จนถึงวัยชรา ความพิการดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอีกด้วย

โรงพยาบาลบางกรวย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม ระบบประสาทและศัลยกรรมระบบประสาท ไม่มี unit stroke ไม่มีหน่วยตรวจพิเศษเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จากการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดเฉพาะโรค พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ เท่ากับ ๕๑,๕๔,๕๕ และ ๖๖ คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย (Stroke in the young) จำนวน ๑๒,๕,๘ และ ๖ คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๑๔ ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยมีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายไม่แตกต่างกัน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย มาทันเวลาและเข้าสู่ระบบ stroke fast track ร้อยละ ๓๕ และผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลช้าเกินเวลา ๔.๕ ชั่วโมง ร้อยละ ๖๕ และจากสถิติข้อมูลระบบสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลบางกรวยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยที่มีค่า ADL น้อยกว่า ๑๕ มีมากถึงร้อยละ ๘๙.๖ จากสถิติดังกล่าวแสดงถึงผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องได้รับการติดตามฟื้นฟูต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน ฉะนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะวิกฤตช่วง ๗๒ ชั่วโมงแรก ในการเฝ้าระวังประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานะคงที่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่จะเกิดขึ้น (นิภาพร บุตรสิงห์, ๒๕๖๒) พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินโรค อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจน แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ถูกต้อง การให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย ได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง และรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔.๓ เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย ได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและไม่เสียชีวิต

๔.๔ สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๓๖ ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล ๑๗ ชั่วโมง ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ขณะนั่งอยู่มีอาการเวียนศีรษะ ไม่มีบ้านหมุน ต่อมารู้สึกแขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว จึงนอนพักดูอาการที่บ้านอาการไม่ดีขึ้น ญาตินำส่งโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัว มีประวัติเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุ ๒๖ ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลบางกรวย ไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ๖ ปี แกร็บ อุนทอมิ ๒๗ อนุภาคเซลเซียส ซีพจร ๑๐๐ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๒๐๗/๑๒๙ มิลลิเมตรปรอท แกร็บ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง แต่พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตก แขนขาซ้ายอ่อนแรง Motor power : left arm grade IV, right arm grade V left leg grade IV, right arm grade V, Left facial palsy วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนทางปลายนิ้ว ๙๗ % ผลการตรวจเลือดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว พบค่าระดับน้ำตาล ๓๔๒ mg/dl, แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา RI ๑๐ unit ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ASA ๓๐๐ mg ๑ เม็ดทางปากทันที ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่ามีรอยโรคสีดำขอบเขตไม่ชัด บริเวณส่วนโค้งและด้านหลังของสมอง Internal capsule ข้างขวา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย (Stroke in the young) แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลบางกรวย ได้รับ การรักษาด้วยการให้สารน้ำ และยาขับปัสสาวะ ได้แก่ ASA ๓๐๐ mg ต่อวัน Omeprazole

๒๐ mg ต่อวัน Metformin ๕๐๐ mg วันละ ๒ ครั้งหลังอาหารเช้าและเย็น และยา Atorvastatin ๔๐ mg ก่อนนอน ได้รับการตรวจประเมินและวางแผนการรักษาฟื้นฟูโปรแกรม Ambulation training, ADL training, Positioning รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ๒ วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๖๕ และนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางกรวย ในวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พบว่าช่วยเหลือตนเองได้พอควร ยังมีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง แต่ไม่มีปากเบี้ยว หรือมุมปากตก

ระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยมีอาการ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ปัญหาทางการพยาบาลที่พบคือ ๑) การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง

กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการทางระบบประสาท ว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมากน้อยเพียงใด ช่วยเหลือกิจวัตรต่างๆ ในระยะแรก โดยบอกกล่าวและขออนุญาตผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง เปลี่ยนท่าทุก ๒ ชั่วโมง และจัดให้นอนบนที่นอน ที่สามารถเปลี่ยนน้ำหนักได้ทั้งตัว สอนญาติให้มีส่วนร่วม ในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย และป้อนวอดเบา ๆ ตามแขนและขาเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาลเสร็จเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ วางแผนการดูแลตนเอง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มี อาการพลัดตกหกล้มขณะที่ทำกิจกรรม ประเมินผล Barthel index of activity of daily living: ADL วันที่ ๒ ของการรับรักษาเท่ากับ ๑๖ , ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดการรักษา

๒) ผู้ป่วยมีการสื่อสารบกพร่อง เนื่องจากพูดไม่ชัด

กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินความสามารถในการสื่อสารโดยทดสอบว่าผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้หรือไม่ ใช้คำพูดที่ เข้าใจง่าย สั้นกระชับและพูดช้า ๆ โดยไม่เร่งรัดผู้ป่วย และประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำตามได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถทำได้ให้ใช้วิธีการเขียน หรือใช้รูปภาพ ป้ายคำ ตั้งใจสังเกตสีหน้าและปฏิกิริยาของผู้ป่วย ขณะ สื่อสาร และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย คำนึงถึงแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมนุษย์และการพยาบาลแบบองค์รวม สอนญาติในการสื่อสารกับผู้ป่วย และการให้ความช่วยเหลือในระยะแรก ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยสื่อสารไม่ถูกต้อง การประเมินผล สามารถใช้ภาษา ในการสื่อสารถึงความต้องการและตอบคำถาม“ใช่” และ“ไม่ใช่”ได้ สามารถแสดงอาการถึงความต้องการ ที่จะสื่อสารและพยายามที่จะสื่อสารได้ รับประทานอาหารได้ ไม่มีสำลัก

ระยะขณะตรวจ ตรวจพบความดันโลหิตสูง ๒๐๗/๑๒๙ มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ๓๔๒ mg/dl ปัญหาทางการพยาบาลที่พบคือ

๑) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) หรือภาวะสมองถูกทำลายซ้ำ เนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือดและภาวะความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ๑๕-๓๐ องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก แนะนำให้เลี่ยงการนอนท่าคว่ำหรือศีรษะต่ำกว่าปลายเท้า ให้เลี่ยงการงอพับของคอ และการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะเป็นการขัดขวางการไหลกลับ ของเลือดดำจากสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ให้เลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า ๙๐ องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้อง ทำให้ แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ วัดและประเมินความอึดตัวของอกซิเจนในเลือด ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับ ความรู้สึกตัว รูม่านตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง เฝาระวัง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป รูม่าน ตา

ขยายไม่เท่ากันหรือ Glasgow coma scale แย่ลง มีชักเกร็ง ต้องให้การช่วยเหลือรายงานแพทย์ทันที ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๑/๒ - ๑ ชั่วโมง ตรวจวัดและบันทึกอาการของระบบประสาททุก ๑/๒ - ๑ ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมอง ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผลการพยาบาลคือ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะรุนแรง, Glasgow coma scale เท่ากับ ๑๕ Motor power left arm grade IV, right arm grade V left leg grade IV, right arm grade V, Left facial palsy, Pupil ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิตลดลง ๑๙๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมอ ๒๐ ครั้งต่อนาที

๒) เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ สังเกตและบันทึกอาการเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หหมดสติ ดูแลการได้รับยารับประทานลดระดับน้ำตาล ตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดอย่างสม ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไม่มีอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง สัญญาณชีพปกติ ระดับน้ำตาลหลังจากนอนสังเกตอาการ โดยเจาะเลือกหลังการอดอาหาร (fasting blood sugar: FBS) ในเช้าวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ ได้ ๑๙๓ mg/d

ระยะหลังตรวจ ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เข้าได้กับโรคหลอดเลือดสมองตีบ Suspicious of an ill-defined hypodense lesion at posterior limb and genu of right internal capsule, possible acute infarction ปัญหาทางการพยาบาลที่พบคือ

๑) การกำซาบเลือดในสมองลดลง เนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด

กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการทางระบบประสาท และตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก ๑/๒ - ๑ ชั่วโมง จนอาการ จัดให้นอนศีรษะสูง ๓๐ องศา รักษาแนวศีรษะลำตัวให้อยู่ในแนวปกติ หลีกเลี่ยงการงอพับของคอ และการหมุนหรือหันของศีรษะ การงอสะโพก ตรวจวัดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ cannula ๓ LPM. ตรวจติดตามค่าความอิ่มตัวออกซิเจนทางปลายนิ้ว Keep oxygen saturation > ๙๕% ให้อาา Antihypertensive ตามแผนการรักษาของแพทย์ สอนผู้ป่วยให้รู้จักเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลก เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อ การเบ่งถ่ายปัสสาวะ หรือ อุจจาระ การสูดน้ำมูก การไอ เป็นต้น

ประเมินผลการพยาบาล คือ ไม่มี Dyspnea ไม่มีภาวะ cyanosis ความดันโลหิตสูง BP=๑๙๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท, ชีพจรเต้นจังหวะปกติ ๙๙ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนทางปลายนิ้ว ๙๙ % Glasgow coma scale เท่ากับ ๑๕ Motor power left arm grade IV, right arm grade V left leg grade IV, right arm grade V, Left facial palsy, Pupil ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติเท่ากันทั้งสองข้าง

๒) ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลจากอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ โดยพูดคุยด้วยท่าทางที่อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจ ให้ความเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมผัส ร่วมรับ ฟัง ปัญหาที่ผู้ป่วยระบายให้ฟังอย่างสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและผลการเจ็บป่วย ให้ความสำคัญกับปัญหา ผู้ป่วย

อย่างจริงจัง ประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่ออธิบายสภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งแนวทางการรักษาให้ญาติรับรู้เพื่อวางแผนร่วมกันในการฟื้นฟูสภาพดูแลระดับประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้การรักษาพยาบาลด้วยความนุ่มนวลให้การดูแลใกล้ชิด อธิบายกระบวนการดำเนินของโรค แผนการรักษา การวางแผนการจำหน่าย และการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน โดย ให้ข้อมูลซ้ำ ๆ เป็นระยะ ๆ จนเข้าใจ

ประเมินผลการพยาบาลคือ ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล เนื่องจากได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย ได้รับคำแนะนำในการดูแลปฏิบัติตัว และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการพยาบาล ยุงยาก ซ้ำซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ๖ ปี ต้องมีการประเมินแก้ไข ภาวะคุกคามชีวิตและรายงานแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และผู้ป่วยปลอดภัย ดำเนินการศึกษาในวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยในระบบ HOS xp การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

๒. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย บทความทางวิชาการ การรักษา และการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

๓. ศึกษาค้นหาปัญหา ความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมิน กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และสรุปผลการศึกษา

๔. ปรีกษาแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัดที่มีความชำนาญ ในการรักษา และให้การพยาบาล และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

๕. รวบรวมและจัดทำเป็นกรณีศึกษา

๖. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และเผยแพร่

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ได้ศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑.เพิ่มทักษะสำคัญในการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย ได้แก่ ด้านการคัดกรองและประเมินอาการในภาวะฉุกเฉิน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ด้านการทำงานเป็นทีม และการประสานงาน ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านกฎหมายจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติที่กำหนดทั้งในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่องขณะดูแลในห้องฉุกเฉิน จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๒.ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่สำคัญในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม การช่วยเหลือเบื้องต้น การดูแลตนเองทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในทุกกระยะการเจ็บป่วยรวมถึงได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล เกิดความพึงพอใจต่อผลการรักษาพยาบาล

๓. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ลดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับสมอง ซึ่งจะเป็นสาเหตุหลักต่อการพยากรณ์คุณภาพชีวิตภายหลังผู้ป่วยหายจากภาวะวิกฤตแล้ว ลดค่าใช้จ่ายให้การดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔.โรงพยาบาลบางกรวยมีเอกสารแนวทางการพยาบาลไว้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย

๕.เป็นแบบอย่างให้กับหอผู้ป่วยอื่นๆ สามารถนำไปปรับปรุงมาตรฐานการดูแลได้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๑.เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้สนใจจะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย

๒.นำไปปรับปรุงและจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางกรวย

๓.นำไปพัฒนาการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย และกระบวนการนิเทศทางคลินิก เพื่อกำกับให้ปฏิบัติตามมาตรฐานแนวปฏิบัติที่กำหนดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาจะเห็นว่าผู้ป่วยยังขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มีโรคประจำตัวเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตั้งแต่อายุ ๒๖ ปี ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่อายุยังน้อย แต่รักษาไม่ต่อเนื่องขาดยา ๖ ปี เมื่อมีอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดในสมอง ไม่มีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว คิดว่าไม่เป็นอะไรมาก ยังรอดูอาการที่บ้าน ไม่รีบเข้ารับการรักษ ทำให้เสียโอกาสในการรับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในระยะวิกฤตผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ Red alert (Systolic BP $\geq$ ๒๒๐ mmHg, Diastolic BP $\geq$ ๑๒๐ mmHg) และยังไม่ทราบผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองว่าเป็นชนิดไหน แพทย์จึงยังไม่ให้ยาลดความดันโลหิต ขณะเดียวกันผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมด้วย ถึงแม้จะได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดฉีดแล้ว ก็ยังต้องเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารทุกมื้อและปรับยาตามระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งจนระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

๘ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพียง ๒ วัน โดยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดการฟื้นฟูกายภาพบำบัด และผู้ป่วยมีบ้านพักอาศัยอยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามประเมินผลจากทีมนักกายภาพบำบัด จึงติดตามเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยโดยโทรศัพท์สอบถามอาการ เป็นระยะ

๙. ข้อเสนอแนะ

๑.การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองถือว่ามีความสำคัญ ปัจจุบันแนวโน้มการพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยมาก่อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ

สัญญาณเตือนแก่ประชาชน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและจัดทำโครงการการให้องค์ความรู้และประชาชน ได้รับการคัดกรองอย่างเหมาะสมหรือให้รับรู้อาการสำคัญ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันเวลาที่ และหลากหลายช่องทางให้เข้ากับยุคเทคโนโลยีหรือยุค ๔.๐ ต่อไป

๒.พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย รวมทั้งแนวทางปฏิบัติการส่งต่อ Stroke Fast Trace เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันสำหรับการพยาบาลให้การดูแล รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบางกรวย และจังหวัดนนทบุรี

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

การเผยแพร่ผลงานผ่านเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑) นางดอกไม้ บุตรดา สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๒) สัดส่วนผลงาน.....

๓)..... สัดส่วนผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางดอกไม้ บุตรดา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๐ / ๖-๑ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑) นางดอกไม้ บุตรดา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... อภิญญา

(นางอรรณณ ณ ลำปาง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางกรวย

(วันที่) ๒๕ / ๖.๑ / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... [Signature]

(นายกวิธม์ ชื่นม้น)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย

(วันที่) ๒๕ / ๖.๑ / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

✓ หิ. ม
(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๒๕ ม.ค. ๒๕๖๖

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

๒.หลักการและเหตุผล

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชถือเป็นงานบริการด้านหน้าที่มีความสำคัญของโรงพยาบาลให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่ต้องการดูแลอย่างรวดเร็วและทันทั่วถึงเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงต้องมีการ Triage(คัดแยก) ผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย 5 ระดับ ซึ่งความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เป็นการให้ระดับความเร่งด่วนฉุกเฉินตรงตามความเป็นจริงตามสภาพผู้ป่วยในขณะทำการคัดแยก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วเพื่อแก้ไขภาวะเร่งด่วนที่คุกคามต่อชีวิต สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ หากคัดแยกไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการคัดแยกที่ต่ำกว่าเกณฑ์ อาจต้องใช้เวลารักษานานขึ้นและอาจมีภาวะแทรกซ้อนตามมา และหากคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยรายอื่นที่มีความรุนแรงมากกว่า ทำให้ได้รับการรักษาที่ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งการคัดแยกผู้ป่วยถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลประจำหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ในการรวบรวมข้อมูลการซักประวัติ และสิ่งตรวจพบเบื้องต้นเพื่อประกอบการคัดแยกผู้ป่วยตามประเภทความรุนแรง ซึ่งการคัดแยกของพยาบาล มีความสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความถูกต้องในการตัดสินใจในการรักษาอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

จากการรวบรวมและทบทวนข้อมูลที่ผ่านมาของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย สรุปผลการ triage ในปี พ.ศ.2564 – พ.ศ.2566 ตามลำดับ ผล triage ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 92.4 , 90.5 และ 95.3 ผล Under triage คิดเป็นร้อยละ 1.2, 0.9 และ 0.4 ผล over triage คิดเป็นร้อยละ 2.6 , 1.8 และ 1.2 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การ Triage ผู้ป่วยไม่ถูกต้องยังมี Under triage ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและรวดเร็วตามความรุนแรงโรค ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลจึง จำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องโรคและทักษะในการ triage ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง โดยนำรูปแบบ MOPH ED Triage มาใช้ในการ triage ผู้ป่วยในหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่การวางแผน การดูแลผู้ป่วยและการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้รวดเร็ว ทันทั่วถึงอย่างปลอดภัยและลดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติจากปัญหาดังกล่าวข้างต้น งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย จึงได้จัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยขึ้น

๓.บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลบางกรวยเริ่มใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ของ Emergency severity index (ESI) Version 4 เฉพาะงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช แบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท และไม่มีการจัดระบบการคัดแยกผู้ป่วยเบื้องต้นบริเวณจุดคัดแยกด้านหน้า ผู้ป่วยมาถึงยื่นบัตรที่จุดประชาสัมพันธ์ คัดแยกและถามอาการเบื้องต้นโดยพนักงานเปลและเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และส่งต่อไปงานผู้ป่วยนอกหรือเข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจที่งานผู้ป่วยนอก การสื่อสารประเภทผู้ป่วยระหว่างงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่ตรงกันทำให้ผู้ป่วยถูกส่งกลับไปกลับมา ต่อมาได้มีการปรับกระบวนการคัดกรองของประเทศไทย (Thailand National Triage Guideline) เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลนำไปใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงใช้การคัดแยกประเภทผู้ป่วย MOPH ED.

TRIAGE ตามมาตรฐานต้องคัดแยกประเภทผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ การคัดแยกโดยมีพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเป็นผู้คัดแยกผู้ป่วยเบื้องต้นบริเวณจุดคัดแยกด้านหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใน เวลาราชการ 08.00–16.00 น และเวรบ่ายเวลา 16.00–00.00น แต่การคัดแยกประเภทผู้ป่วย มีการประเมินทั้ง Over Triage และ Under Triage ในอัตราที่สูง แสดงถึงการคัดกรองและจัดลำดับผู้ป่วยได้ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยตามความรุนแรงที่กำหนด จากการวิเคราะห์สาเหตุเกิดจากบุคลากรยังมีความเข้าใจเกณฑ์การจำแนกไม่เหมือนกัน ขาดระบบนิเทศติดตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง และแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ชัดเจน จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient team care) โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลบางกรวย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardium Infraction) มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกี่ยวกับ Delay Diagnosis ในปี 2564-2566 จำนวน 3 ราย 1 รายและ 2 รายตามลำดับ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด โดยส่งผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไปตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า

แนวคิด

Triage มาจากคำในภาษาฝรั่งเศสว่า Trier ซึ่งแปลว่าการกลั่นกรอง หรือคัดแยกประเภท ซึ่งก็คือกระบวนการประเมิน สภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อตัดสินใจความเร่งด่วนของอาการสำคัญที่เป็นปัญหาและจัดให้ได้รับการรักษาพยาบาลตามความ เหมาะสม Triage ไม่ใช่การวินิจฉัยโรคที่ต้องรวดเร็ว แต่เป็นการประเมินความต้องการการช่วยเหลือปัญหาฉุกเฉินอย่างทันทั่วทั้ง และทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยอาการไม่ทรุดลง ในระหว่างรอคอยการรักษา การคัดแยก (Triage) เป็นการประเมินเพื่อจำแนกผู้รับบริการและจัดลำดับให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน มาตรา ๒๘ ข้อ ๑ กำหนดให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการ ตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามระดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการคัดแยกและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบไปด้วย ๔ องค์ประกอบ

๑. สามารถเข้าใจได้ง่ายและสามารถประยุกต์ใช้ได้ไม่ซับซ้อน (Utility)
๒. แม่นยำและเที่ยงตรง (Validity)
๓. มีความสอดคล้องกัน (Reliability) ระหว่างผู้ประเมิน
๔. ต้องสามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเร่งด่วนได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันเวลา (Safety and Timely Access)

ในประเทศไทยมีการแนะนำระบบการคัดแยกผู้ป่วย “MOPH” ED. Triage จัดทำโดยกรมการแพทย์ ถือเป็นกระบวนการคัดกรองของประเทศไทย (Thailand National Triage Guideline) โดยเป็นการคัดแยก ๕ ระดับที่ใช้สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินผ่านการประเมินลักษณะและทรัพยากรที่มี ได้แก่  คัดแยกระดับ ๑,  คัดแยกระดับ ๒,  คัดแยกระดับ ๓,  คัดแยกระดับ ๔ และ  คัดแยกระดับ ๕

ลักษณะคือเมื่อผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลจะมีการประเมินอาการ ถ้าผู้ป่วยมีภาวะที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ชัก การหยุดหายใจ หรือต้องได้รับการนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพจะถือเป็นผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทีและจะจัดเป็นการคัดแยกระดับ ๑ หากไม่มีอาการเหล่านั้น จะมีการประเมินอาการต่อไป หากผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยง ชีพ ปวดหรือมีความเสี่ยงหากต้องรอจะจัดเป็นการคัดแยกระดับ ๒ หากไม่ใช่ จะมีการประเมินถึง

แนวโน้มในความต้องการทำกิจกรรมทางการแพทย์ เช่น ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การถ่ายภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ หัตถการ หรือต้องได้รับสารน้ำผ่านหลอดเลือดดำ หากผู้ป่วยต้องได้รับกิจกรรมเหล่านั้นมากกว่า ๑ อย่าง จะมีการประเมินสัญญาณชีพ หากสัญญาณชีพผิดปกติจะจัดเป็นการคัดแยกระดับ ๒ หากปกติจะจัดเป็นการคัดแยกระดับ ๓ ถ้าผู้ป่วยต้องการกิจกรรม ๑ อย่าง จะจัดเป็นการคัดแยกระดับ ๔ และหากไม่ต้องการเลยจะจัดเป็นการคัดแยกระดับ ๕

ข้อเสนอ

๑.Triage System

โรงพยาบาลบางกรวย ใช้เกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE เป็นการคัดกรอง ๕ ระดับ สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้การ ประเมินลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) ในขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะ (acuity) จะถูกใช้เพียงอย่างเดียว เพื่อคัดแยกเป็นระดับ ๑ หรือระดับ ๒ และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ ๓, ๔ หรือ ๕ การประเมินลักษณะ (acuity) ใช้การตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขาและอวัยวะเป็นหลัก การประเมินทรัพยากรจะอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ของผู้ประเมิน

Level ๑ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Immediate) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหันที่เป็น ภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันที (เพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบ ประสาท) บุคคลนั้นจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงหรือทำให้การบาดเจ็บ / อาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

Level ๒ ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency) ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันมาก หรือ เจ็บปวดรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างเร่งด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วย นั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้

Level ๓ ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Urgency) ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ หรืออาการป่วยเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในเวลาหนึ่ง หรือ เดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ ทรัพยากรหลายอย่าง และหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้ว จะทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

Level ๔ ผู้ป่วยทั่วไป (Semi - Urgency) ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรการบริการสาธารณสุขในเวลาทำการปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้น หรือภาวะแทรกซ้อนตามมา

Level ๕ ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่นๆ (Non - Urgency) ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการ เพื่อผู้รับโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร

๒.Triage Process

เมื่อผู้รับบริการมาถึงจุดคัดกรองพยาบาล ประจำจุดคัดกรองหรือพยาบาลห้องฉุกเฉิน ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วย (Primary Triage Assessment) ด้วยการเก็บรวบรวม ข้อมูล อย่างรวดเร็วและสัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมได้ จำแนกและจัดระดับความเร่งด่วนของภาวะความ เจ็บป่วยของ ผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการ Triage ภายใน ๔ นาที มีการกำหนดระยะเวลารอคอยแพทย์(Waiting time) แยกตามระดับการคัดแยก ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามแนวปฏิบัติของ หน่วยงาน รายงาน/ให้ข้อมูลแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงานเพื่อประโยชน์ในการ กำหนดวิธีการ รักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ทำTriage Roundในผู้รับบริการที่รอแพทย์

ตรวจ ประเมินซ้ำตามแนวทางปฏิบัติหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง บันทึกข้อมูลการคัดแยก ได้แก่ วัน และเวลาที่Triage, ชื่อบุคลากรที่Triage, อาการสำคัญ, ประวัติที่เกี่ยวข้อง, ผลการประเมินเบื้องต้น, ระดับความเร่งด่วน, การให้การดูแลเบื้องต้น, ถ้ามีการ เปลี่ยนระดับความเร่งด่วนให้ระบุเหตุผล แจ้งขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยกำลังรออะไร และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน

๓. Triage Structure/Area/Information

Triage Area บริเวณจุด triage อยู่บริเวณหน้าห้องบัตรก่อนผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โดยมี อุปกรณ์ ป้องกันเพื่อใช้ในการคัดกรอง เช่น Mask ถุงมือ ผ้ากันเปื้อน หมวกคลุมผม face shield หรือ แว่นตา มีอุปกรณ์เครื่องมือที่ช่วยในการคัดแยก คือ เครื่อง Monitor เครื่องวัดอุณหภูมิ และแบบประเมินการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งแบ่งตามประเภทผู้ป่วย และนำส่งต่อห้องฉุกเฉิน

๔. ระบบการฝึกอบรม (Training)

Training บุคลากรห้องฉุกเฉินที่มีหน้าที่ในการคัดแยกควรได้รับการฝึกอบรมดังนี้

๑. วิธีปฏิบัติการคัดแยกและจัดลำดับการรับบาล ณ ในโรงพยาบาลบางกรวย
๒. สื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการสื่อสารแบบ “AIDET”(A-I-D-E-T ซึ่งประกอบด้วย ๕ มิติ คือ การรับรู้ผู้มารับบริการ (Acknowledge) การบ่งชี้ผู้ให้บริการ (Identify) การแจ้งขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ (Duration) การอธิบายข้อมูลที่สำคัญ (Explanation) และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับผู้รับบริการสำหรับโอกาสถัดไป (Thank you))
๓. การประเมินประสิทธิภาพการคัดแยกและการทำ Triage Audit

๕. 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, Over triage, ผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน Triage level ๔ และ ๕ ที่ Admit, Triage level ๒ ที่ D/C, ผู้ป่วยที่ไม่รอแพทย์ตรวจ, Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย Fast Track, Length of stay เกินเวลาที่กำหนด

๓. ตัวชี้วัด

- Under triage น้อยกว่าร้อยละ ๑
- Over triage น้อยกว่าร้อยละ ๕

แนวทางแก้ไข

๑. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยโดยการพูดคุยซักถามกับบุคลากรในหน่วยงานและจากการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาเครื่องมือในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

๒. จัดทำคู่มือแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ๕ ประเภท ตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE

๓. จัดประชุมสื่อสารการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับองค์กรแพทย์

๔. จัดระบบนิเทศติดตามผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยโดยหัวหน้างานและหัวหน้าเวร

๕. นิเทศติดตามและสะท้อนข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

๖. ส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับการอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE

๗. ปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ทุกคน และนิเทศติดตามรายไตรมาส

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ประจำที่จุดคัดแยกบางครั้งอาจไม่อยู่เนื่องจากไป refer หรือออก EMS และในห้วงมีผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องให้การรักษารวดด่วน ทำให้ไม่มีพยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วย อาจเกิดข้อผิดพลาดหรือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาช้าลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีแนวทางในการประเมินคัดแยก/จัดระดับความรุนแรงผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วตามระดับความรุนแรงของโรค
3. เพื่อลดความเสี่ยงจากการร้องเรียนของผู้มารับบริการ

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน ๑๐ คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

แบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ๑. ขั้นเตรียมการ ๒. ขั้นดำเนินการ ๓. ขั้นประเมินผล

ขั้นเตรียมการ

๑. ศึกษาวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๒. วิเคราะห์สภาพปัญหาของการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ทั้ง Over triage และ Under triage
๓. เขียนโครงการพัฒนาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน นำเสนอผู้บังคับบัญชา
๔. จัดทำคู่มือคู่มือแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื้อหาประกอบด้วย คุณสมบัติของเจ้าหน้าที่คัดแยกประเภทผู้ป่วย และแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE

ขั้นดำเนินการ

๑. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
๒. ปรับปรุงคู่มือและนำคู่มือแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

ขั้นประเมินผล

๑. Pre-post test ความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
๒. ประเมินจากตัวชี้วัด

Under triage	น้อยกว่าร้อยละ ๑
Over triage	น้อยกว่าร้อยละ ๕

ระยะเวลาดำเนินการ

มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ – มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. กลุ่มงานการพยาบาลมีคู่มือแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
๒. พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และสมรรถนะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้ถูกต้อง
๓. ผู้รับบริการได้รับการคัดแยกประเภทถูกต้องตามระดับความแรงด่วนฉุกเฉิน และมีความปลอดภัย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องมากกว่าร้อยละ ๙๕
๒. ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงการคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป
๓. ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการตามความเร่งด่วนฉุกเฉิน

(ลงชื่อ).....

(นางดอกไม้ บุตรดา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๐ / ๓.๑ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน