



ประกาศจังหวัดน่านบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านบุรี

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

จังหวัดน่านบุรีได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวกรรณิการ์ เอียดตรง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและ และวิสัญญีพยาบาล
๒.	นางสาวช่อผกา เรียงไธสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มิ.ย. ๒๕๖๘

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)
ผู้ว่าราชการจังหวัดน่านบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวกรรณิการ์ เอียดตรง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๕๖๖๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๕๖๖๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง : กรณีศึกษา (Laparoscopic Cholecystectomy)” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “คู่มือการผ่าตัดไส้ติ่ง ด้วยการส่องกล้อง” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” 						

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง : กรณีศึกษา (Laparoscopic Cholecystectomy)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ - ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ กายวิภาคและสรีรวิทยาของถุงน้ำดี

ถุงน้ำดีเป็นอวัยวะที่เป็นถุงยาวๆ มีลักษณะคล้ายลูกแพร์อยู่ทางด้านล่างของตับยึดอยู่กับตับด้วยพังผืดที่เป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดหนึ่งยาวประมาณ ๗.๖-๑๐.๒ ซม. กว้างประมาณ ๒-๓ ซม. หนาประมาณ ๑-๒ ซม. ผนังหนาประมาณ ๒ มิลลิเมตร ภายในมีน้ำดีที่ผลิตออกมาจากตับสะสมอยู่ น้ำดีเป็นของเหลวที่เหนียว ๆ สีเขียว เข้มปริมาตรประมาณ ๑๐ ซีซี ในเวลาที่ต้องการย่อยอาหารถุงน้ำดีจะบีบน้ำดีออกจากถุงน้ำดี ไหลไปตามท่อน้ำดี (Cystic duct) ไปรวมกับท่อน้ำดีจากตับ (Common hepatic duct) กลายเป็นท่อน้ำดีรวม (Common bile duct) แล้วไหลไปลงลำไส้เล็ก ส่วนต้นที่เรียกว่า ดูโอดินัม (Duodenum) เพื่อย่อยอาหารพวกไขมันทั้งนี้ ท่อน้ำดีจะเริ่มที่ท่อน้ำดีขนาดเล็กภายในตับอยู่ติดกับเซลล์ตับที่เรียกว่าท่อน้ำดี (Bile canaliculi) จากนั้นจึงรวมกันเป็นท่อน้ำดีที่ใหญ่ขึ้นอยู่ในตับ แล้วไหลผ่านตับออกมาข้างนอกตับ (Common hepatic duct) ซึ่ง จะมารวมกับท่อน้ำดี (Cystic duct) จากถุงน้ำดี กลายเป็นท่อน้ำดีรวมโค้งผ่านตับอ่อนไปเปิดที่ลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) บริเวณที่เรียกว่า กระเปาะ อยู่ตรงลำไส้เล็กส่วนต้นเป็นกระเปาะที่เปิดของ ท่อจากตับอ่อนกับถุงน้ำดี (Ampulla of Vater)

สาเหตุการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี

๑. สาเหตุที่แท้จริงไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าเกิดจากการอุดตันและการที่น้ำดีขังนิ่งอยู่เป็นเวลานานที่สำคัญที่ทำให้มีนิ่วในถุงน้ำดีเกิดขึ้น

๒. สาเหตุส่งเสริมให้เกิดนิ่วได้แก่

๒.๑ มีความไม่สมดุลของส่วนประกอบในน้ำดี ทำให้เกิดการตกผลึกของหินปูน

๒.๒ มีการอักเสบติดเชื้อของถุงน้ำดีหรือทางเดินน้ำดี

๒.๓ มีคอเลสเตอรอลในเลือดสูงจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันชนิดไม่อิ่มตัวมากๆ เช่นไขมันจากสัตว์ เป็นต้น

๒.๔ กรรมพันธุ์

๒.๕ การรับประทานยาบางชนิด จะเพิ่มการขับถ่ายของคอเลสเตอรอลออกมาในน้ำดีมากขึ้น โอกาสเกิดนิ่วได้ง่าย เช่น ยาคุมกำเนิด ยาลดไขมันในเลือดบางชนิด โดยเฉพาะยาโคลิไฟเบรต (Cofibrate) เป็นต้น

๒.๖ มีการคั่งของน้ำดีในถุงน้ำดีเกิดจากคนที่นอนอยู่กับที่นานๆ การตั้งครรภ์หลังๆมีฮอร์โมน บางชนิดที่ทำให้มีการขับของน้ำดีออกจากถุงน้ำดีช้า ทำให้เกิดการตกตะกอนจับกันเป็นก้อน

๒.๗ ผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดนิ่วได้ง่ายกว่า ผู้ที่ไม่ได้รับประทานยาคุมกำเนิดถึง ๒ เท่า

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี

๑. เพศหญิง พบโรคนิ่วในถุงน้ำดีในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย ๒-๓ เท่า มักพบในผู้หญิงที่ใช้ยาฮอร์โมนในการคุมกำเนิด หรือกินฮอร์โมนเพศหญิงจากภาวะหมดประจำเดือน ทั้งนี้ เพราะฮอร์โมนเพศหญิงจะช่วยเพิ่มปริมาณคอเลสเตอรอลในน้ำดี จึงเพิ่มความเข้มข้นของคอเลสเตอรอล จึงตกตะกอนได้ง่าย

๒. อายุ พบได้มากในผู้สูงอายุโดยเฉพาะเมื่ออายุ ๖๐ ปีขึ้นไป อาจเพราะคนในช่วงอายุนี้นี้มีโรคไขมันในเลือดสูง สูงกว่าอายุช่วงอื่นๆ

๓. เชื้อชาติ พบได้มากในบางเชื้อชาติ เช่น คนในอเมริกา เพราะพบว่ามีความผิดปกติที่ทำให้มีคอเลสเตอรอลในน้ำดีสูง

๔. พันธุกรรม พบโรคนิ่วในถุงน้ำดีได้สูงเมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคนี

๕. อาหาร พบว่าการกินอาหารไขมันสูงและมีใยอาหารต่ำเพิ่มโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดี

๖. อ้วน โดยเฉพาะในผู้หญิงเพราะเพิ่มคอเลสเตอรอลในน้ำดี

๗. การเร่งลดน้ำหนัก เพราะถุงน้ำดีลดการบีบตัวลง น้ำดีจึงกักค้างในถุงน้ำดีนานขึ้น จึงตกตะกอนได้ง่ายขึ้น

๘. การกินยาลดไขมัน เพราะส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาณคอเลสเตอรอลในน้ำดี

๙. ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะมักมีไขมันทั้งคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride, ไขมันอีกชนิดที่เพิ่มโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดีสูง)

๑๐. โรคเลือดบางชนิด จากเม็ดเลือดแดงถูกทำลายมากกว่าปกติ จึงมีสารให้สีบิลิรูบินในน้ำดีสูงขึ้น

๑๑. การอักเสบเรื้อรังของถุงน้ำดี เพราะส่งผลให้การบีบตัวของถุงน้ำดีลดลง

๑๒. โรคเรื้อรังต่างๆ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกินไม่ได้ ต้องให้อาหารทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องเพราะถุงน้ำดีจะไม่หดตัว จากไม่มีการย่อยอาหารเกิดการตกตะกอนของสารต่างๆในน้ำดีได้ง่าย ทำให้เกิดนิ่วได้ง่าย

อาการของโรคนิ่วในถุงน้ำดี

ผู้ที่มีนิ่วในถุงน้ำดีอาจไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใด หรือมีอาการบางอย่าง ๑๐ ดังต่อไปนี้

๑. ปวดช่องท้องด้านบนขวา

๒. ปวดหลัง โดยเฉพาะช่วงที่อยู่ระหว่างหัวไหล่

๓. ปวดใต้สะบักขวา

๔. อาการปวดที่สะบักขวาจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการหนักขึ้นและจะเป็นแบบนี้ ไปอีกอย่างน้อย ๓๐

นาที หรืออาจเป็นได้สองถึงสามชั่วโมง

๕. เป็นไข้หนาวสั่น

๖. อาเจียนและคลื่นไส้

๗. ดีซ่าน (ผิวออกเหลืองและตาขาว)

๘. อุจจาระสีเหมือนโคลนดิน

๙. รู้สึkpวดหลังจากกินอาหารที่มีไขมัน

๑๐. อาหารไม่ย่อย ท้องอืด มีแก๊ส

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การวินิจฉัยโรคนิ่วในถุงน้ำดี

๑. ในเบื้องต้นแพทย์จะถามถึงรายละเอียดของอาการที่เกิดขึ้นรวมถึงการคลำถุงน้ำดี (Murphy's Sign Test)

เพื่อตรวจสอบว่าถุงน้ำดีมีการอักเสบหรือไม่ โดยแพทย์จะใช้มือหรือนิ้วคลำบริเวณท้องส่วนขวาบนและให้ผู้ป่วยหายใจเข้า หากมีอาการเจ็บแสดงว่าถุงน้ำดีอาจอักเสบ นอกจากนั้นแพทย์อาจแนะนำให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาสัญญาณของการติดเชื้อ หรือตรวจสอบว่าตับทำงานเป็นปกติหรือไม่ หากก้อนนิ่วได้เคลื่อนย้ายไปที่ท่อน้ำดีตับอาจทำงานได้ไม่ปกติ

๒. การทำอัลตราซาวด์ เป็นการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อสร้างภาพของอวัยวะในร่างกาย ซึ่งมักจะใช้ช่วยวินิจฉัยโรคนิ่วในถุงน้ำดี

๓. การตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า หรือ เอ็มอาร์ไอ (Magnetic Resonance Imaging : MRI) ช่วยตรวจนิ่วที่อยู่ในท่อน้ำดี

๔. เอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography : CT-Scan) ช่วยในการตรวจดูภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในท่อน้ำดี เช่น ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น และมักจะใช้เพื่อวินิจฉัยเมื่อมีอาการปวดท้องรุนแรง

๕. การถ่ายภาพรังสีท่อน้ำดี (Cholangiography) เมื่อสงสัยว่ามีนิ่วในท่อน้ำดี วิธีนี้ จะช่วยเพิ่มรายละเอียดของนิ่วในท่อน้ำดี โดยแพทย์จะฉีดสีเข้าไปทางหลอดเลือดหรือฉีดเข้าไปที่ท่อน้ำดี ในระหว่างผ่าตัดหรือใช้กล้องส่องตรวจผ่านเข้าไปทางปาก หลังจากที่ย้อมสีแล้วจึงเอกซเรย์จะช่วยให้ เห็นความผิดปกติภายในท่อน้ำดีหรือการทำงานของตับอ่อน หากถุงน้ำดีและน้ำดีทำงานปกติ สีที่ใช้จะถูกดูดซึมหรือขจัดออกจากร่างกาย หากพบว่าการอุดตันในระหว่างการตรวจดังกล่าวอาจหมายถึงมีนิ่วอุดตันที่ร่วมด้วย แพทย์อาจจะใช้กล้องส่องตรวจ (Endoscope) ช่วยกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีออกก่อน หรือเรียกว่าการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP)

ภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดี

นิ่วในถุงน้ำดีส่วนมากไม่แสดงอาการ โอกาสที่จะมีโรคแทรกซ้อนจึงมีได้ค่อนข้างมาก โดยอาจทำให้เกิดถุงน้ำดีอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบ หรือตับอ่อนอักเสบและโรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดภาวะมีหนองในถุงน้ำดีกลายเป็นถุงน้ำดีเน่า ถุงน้ำดีทะลุ ลูกกลามกลายเป็นเยื่อช่องท้องอักเสบ ในกรณีที่ถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรังอาจทำให้มีก้อนนิ่วหลุดออกมาอุดตันท่อน้ำดี ก้อนนิ่วหลุดลงมาที่ลำไส้เล็ก และอาจมีโอกาสนำให้เป็นมะเร็งของถุงน้ำดี เพราะการระคายเคืองจากก้อนนิ่ว ส่วนโรคถุงน้ำดีอักเสบอีกส่วนหนึ่ง ซึ่งเป็นเพียงส่วนน้อยพบร่วมกับโรคอื่น เช่น โรคเกี่ยวกับความผิดปกติของท่อน้ำดี โรคไทฟอยด์ โรคตับอักเสบ

การรักษานิ่วในถุงน้ำดี

๑. ให้อาหารละลายนิ่ว (Oral dissolution therapy เป็น bile acid) ใช้สลายนิ่วที่เป็น Cholesterol ที่ก้อนไม่ใหญ่ ต้องใช้เวลานานในการสลาย ผลข้างเคียงอาจทำให้เกิดท้องร่วง และตับมีการอักเสบเล็กน้อย

๒. เครื่องสลายนิ่ว นิ่วในถุงน้ำดีสามารถรักษาได้โดยการใช้เครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal shock-wave lithotripsy: ESWL) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีนิ่วอยู่ในท่อน้ำดี การใช้เครื่องสลายนิ่วแล้วขับออกโดยการส่องกล้องผ่าตัดเปิดหูดถุงน้ำดีไม่ได้รับผลสำเร็จเท่าที่ควร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การรักษานิ่วในถุงน้ำดี (ต่อ)

๓. การผ่าตัดเอานิ่วในถุงน้ำดีออก มี ๒ วิธีคือ

๓.๑ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดที่ทำกันมานาน และได้ผลดี แต่จะมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่แผลเดียวและผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานประมาณ ๒-๕ วัน

๓.๒ การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) จะทำโดยการวาง ยาสลบผู้ป่วย แล้วเจาะรู ๔ รู บริเวณหน้าท้อง เพื่อใส่กล้องใส่เครื่องมือแล้วเอาถุงน้ำดีพร้อมนิ่วออกมาทางรูที่เจาะไว้ การผ่าตัดวิธีนี้ ผู้ป่วยจะปวดแผลน้อย ผู้ป่วยกลับบ้านหรือกลับไปทำงานได้เร็ว ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลเพียง ๑-๒ วัน

การรักษาโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านเข้าทางหน้าท้อง (Laparoscopic cholecystectomy) ซึ่งเป็นการผ่าตัดแบบใหม่โดยแพทย์จะเจาะรูเล็กๆ ที่ หน้าท้องเพื่อใส่กล้องและเครื่องมือเข้าไปในช่องท้องเพื่อผ่าตัดในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน การผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านทางหน้าท้องสามารถทำสำเร็จถึงร้อยละ ๙๕ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันเกิน ๓ วันโอกาสการผ่าตัดโดยวิธีนี้ ได้สำเร็จจะลดน้อยลง การผ่าตัดโดยการส่องกล้องแผลมีขนาดเล็กจึงลดอาการปวดแผลผ่าตัด ระยะเวลาการนอนพักใน โรงพยาบาลเพียง ๑-๒ วัน และใช้เวลาพักฟื้นเพียง

๑ สัปดาห์ก็สามารถไปทำงานได้ตามปกติ

วิธีการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง มีดังนี้

๑. เจาะรูเล็กๆ บริเวณหน้าท้อง ๔ ตำแหน่ง ด้วยเครื่องมือที่ออกแบบเฉพาะสำหรับการเจาะหน้าท้อง อย่างปลอดภัย ขนาดของรูประมาณ ๐.๕ ซม. จำนวน ๓ ตำแหน่ง และขนาด ๑ ซม. ที่บริเวณ สะดืออีก ๑ ตำแหน่ง

๒. ใส่กล้องที่มีก้านยาวๆ และเครื่องมือต่างๆ ผ่านรูที่ผนังหน้าท้องลงไปในช่องท้อง ศัลยแพทย์ จะสามารถมองเห็นถุงน้ำดีและอวัยวะต่างๆ จากจอภาพซึ่งกล้องส่งสัญญาณภาพมา

๓. ศัลยแพทย์สามารถเลาะแยกถุงน้ำดีออกจากตับ และคลิปหนีบท่อนเลือดแทนใหม่เย็บแผล ก่อนตัดขั้วของถุงน้ำดี แล้วเลาะส่วนที่เหลือให้หลุดออก

๔. เมื่อตัดถุงน้ำดีได้แล้ว บรรจุใส่ถุงที่ออกแบบมาโดยเฉพาะ แล้วดึงออกจากร่างกายบริเวณรูสะดือ จากนั้นศัลยแพทย์จะสำรวจความเรียบร้อยเป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนดึงเครื่องมือและกล้องออกแล้วเย็บปิด

๕. ในผู้ป่วยบางรายถ้ามีการอักเสบมาก อาจต้องมีการใส่ท่อระบายเลือดและน้ำเหลืองไว้ ๒-๓ วัน ข้อดีของการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง มีดังนี้

๑. อาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า เพราะแผลมีขนาดเล็กกว่า

๒. ลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยจะอยู่โรงพยาบาลประมาณ ๑-๒วัน ซึ่งถ้าเป็นการผ่าตัดแบบเดิมผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานประมาณ ๗-๑๐วัน

๓. การพักฟื้นหลังผ่าตัดใช้เวลาประมาณ๑สัปดาห์ ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปทำงานตามปกติได้ เร็วกว่า ซึ่งการผ่าตัดแบบเดิมใช้เวลาพักฟื้นประมาณ ๑ เดือน

๔. แผลมีขนาดเล็กดูแลง่ายกว่า และมีโอกาสติดเชื้อน้อยกว่า

๕. เมื่อแผลหายจะปรากฏเป็นรอยแผลเล็กๆ บนหน้าท้องเท่านั้นการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง จะทำในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ถ้าถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันเกิน ๓ วัน โอกาสผ่าตัดวิธีนี้ ก็จะไม่สำเร็จได้น้อยลงและผู้ป่วยบางภาวะไม่สามารถใช้วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้องได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคปอดและหัวใจ ขันรุนแรง คนที่เคยผ่าตัดและมีพังผืดในท้องมากๆ เป็นต้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

๑. อันตรายต่ออวัยวะภายในช่องท้อง (Viscus injury)

อวัยวะในช่องท้องที่ได้รับอันตรายจนเกิดการทะลุที่พบบ่อยๆ ได้แก่ ลำไส้ กระเพาะอาหาร ซึ่งเกิดจากการทิ่มแทงของเข็ม Veress หรือ ปลาย Trocar

๒. อันตรายต่อหลอดเลือด (Vascular injury)

ในที่นี้หมายถึงหลอดเลือดใหญ่ๆ เช่น หลอดเลือดแดง Aorta ส่วนใหญ่มักเกิดจากการแทงเข็ม Veress เข้าช่องท้อง รongลงมาคือ เกิดจากปลาย Trocar ไปทิ่มแทงเข้าหลอดเลือดโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่พอมมากหรืออาจเกิดจากการตัด การเย็บ การคิบบโดยขาดความระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนนี้อันตรายมากที่สุด

๓. อันตรายจากความร้อน (Thermal injury) เครื่องมือจี้ไฟฟ้า (Electrocautery) หรือ เลเซอร์ ถ้าใช้โดยไม่ระมัดระวัง ความร้อนจากเครื่องมือเหล่านี้ อาจทำอันตรายต่อลำไส้ ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และผนังหน้าท้องได้ ลำไส้ที่ถูกความร้อนจนไหม้ จะไม่มีรูทะลุทันทีเหมือนการทิ่มแทงด้วย Trocar นอกจากนี้อาจจะมี การติดเชื้ออื่นๆ เกิดร่วมด้วย เช่น การติดเชื้อของแผลบริเวณสะดือ (Periumbilical wound infection) บริเวณรอยเย็บ (Stitch abscess) หรือเย็บช่องท้องอักเสบ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดไส้เลื่อน (hernia) ได้ โดยเฉพาะแผลที่เกิดจาก Trocar ขนาดใหญ่เส้นผ่านศูนย์กลาง ๑๐-๑๒ mm. ขึ้นไป และบางครั้งอาจพบลำไส้เล็กถูกบีบรัด (Small bowel incarceration) เกิดมาทีหลัง

๔. อาการปวดในระยะหลังผ่าตัด มี ๒ ประเภท ดังนี้

๔.๑ ปวดท้องมาก มักพบระยะแรกหลังผ่าตัด จากการยึดตัวของชั้นกล้ามเนื้อเยื่อช่องท้องและอวัยวะภายใน

๔.๒ ปวดไหล่เนื่องจากการผ่าตัดที่ต้องเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้องจะกระตุ้นเส้นประสาท Phrenic บริเวณกระบังลม จากการยืดขยายและการที่ก๊าซละลายน้ำกลายเป็นกรดอ่อนๆ ไปกระตุ้นความรุนแรงของอาการ จะขึ้นอยู่กับความดันและระยะเวลาของการผ่าตัด หลังผ่าตัดอาจเกิดจากการรบกวนของก๊าซที่เหลือค้างอยู่ใต้กะบังลม อาการปวดไหล่มักเกิดและหายช้ากว่าอาการปวดท้อง พบว่าความปวดที่รุนแรง และไม่ได้รับการรักษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อร่างกายและจิตใจได้

ขั้นตอนการผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง

๑. Preoperative preparation

๒. Operative procedure

๓. Postoperative care

Preoperative preparation

วิธีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องดังนี้

๑. Complete lab investigation

- ตรวจเลือด (CBC ,LFT)
- ตรวจปัสสาวะ (UA)
- ตรวจเอ็กซเรย์ปอด (CXR)
- ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ถ้าผู้ป่วยอายุมากกว่า ๔๕ ปี

๒. งดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง

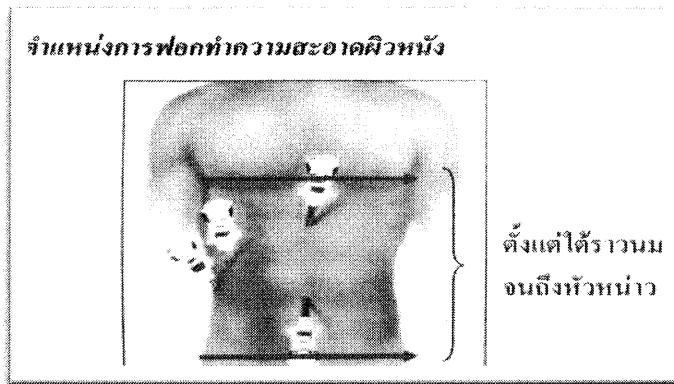
๓. ทำความสะอาดหน้าท้องและสะดือ

๔. Preoperative antibiotic

๕. Preoperative anesthetic medication

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขั้นตอนการผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง (ต่อ)



ขั้นตอนการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง มี ๘ ขั้นตอนดังนี้

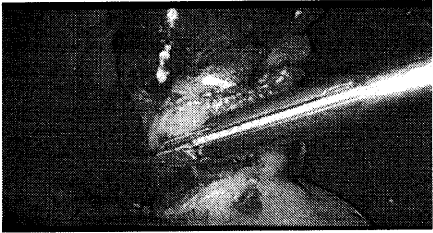
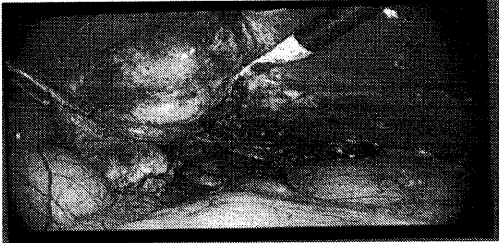
๑. Laparoscopic access
๒. Exposing the gall bladder
๓. The triangle of calot dissection
๔. Clipping and vididing the cystic duct and cystic artery
๕. The gall bladder dissection
๖. Irrigation and stopping bleeding points
๗. The gall bladder removal
๘. Trocar remove and wound closure

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด

ขั้นตอน	วิธีการผ่าตัด
๑. Laparoscopic access คือ การใส่ trocar และ เครื่องเข้าไปในช่องท้องตามตำแหน่งที่ ๑-๔ - ตำแหน่งที่ ๑ ได้สะดือใช้ Trocar ๑๒ mm. - ตำแหน่งที่ ๒ Epigastrium ได้ xiphoid cartilage ๒-๓ mm Trocar ๑๒ mm - ตำแหน่งที่ ๓ Mid-clavicle line ได้ชายโครงข้างขวา ประมาณ ๒-๔ cm Trocar ๕ mm. - ตำแหน่งที่ ๔ Anterior axillary line ในระดับเดียวกับสะดือ ใช้ Trocar ๕ mm.	๑. มีดเบอร์ ๑๑ กรีดได้รอยสะดือ ยาวประมาณ ๑ cm. ใช้ Towel clip ใหญ่ ๒ ตัว จับห่างจากขอบแผล ประมาณ ๕ cm. ข้างละ ๑ ตัว เพื่อยกผนังช่องท้อง ส่ง Adson tooth forcep เปิดขอบแผลพร้อมทั้ง แหวง Veress needle เข้าใน peritoneal space โดยใช้ syring ๑๐ cc. + NSS ๐.๙/ push ลงใน กระเปาะ Veress needle ถ้าน้ำไหลลงดีแสดงว่า Veress needle เข้าใน peritoneal space แล้ว
๒. Exposing the gall bladder คือ การ Expose ให้เห็นถุงน้ำดี	๒. ต่อท่อก๊าซ CO₂ เข้ากับ Veress needle เปิดให้ ก๊าซ CO₂ ไหลเข้าไปเรื่อยๆ จนมองเห็นผนังช่องท้อง โป่ง (Interperitoneal pressure ประมาณ ๑๓-๑๕ mmHg)
๓. The triangle of calot dissection คือ การเลาะ บริเวณ Space ระหว่าง Cystic duct กับ Common hepatic duct	๓. ดึง Veress needle ออก แหวง Trocar ขนาด ๑๒ mm. ดึง stylet ออก แล้วใส่ Laparoscope เข้าไป ตรวจดูอวัยวะภายในช่องท้อง
๔. Clipping and vididing the cystic duct and cystic artery คือ การใช้ตัวหนีบ หนีบท่อน้ำดีกับ หลอดเลือดแดง	๔. ขั้นตอนต่อไปแหวง Trocar ตำแหน่งที่ ๒, ๓, ๔ โดยใช้ปลาย Trocar ทำ Landmark บน ผิวหนังที่ต้องการลงมีด หลังจากนั้นใช้มีดเบอร์ ๑๑ กรีดลงรอย Landmark ใช้ Towel clip ใหญ่ ๒ ตัว จับผนังหน้าท้องยกขึ้น + Adson tooth forcep เปิด ขอบแผลพร้อมทั้งแหวง Trocar ตามขนาดและ ตำแหน่งที่ระบุไว้ข้างต้น (ขณะที่แหวง Trocar ผู้ช่วยถือกล้องต้องส่องกล้องเข้าไปดูปลาย Trocar เพื่อป้องกันการเกิด Organ Injury) ๔.๑ ใส่ Dissector เข้าทาง Trocar ตำแหน่งที่ ๒ ๔.๒ ใส่ Gasper เข้าทาง Trocar ตำแหน่งที่ ๓, ๔ ๑. เอียงเตียงผ่าตัดให้ด้านบนยกสูงขึ้น ประมาณ ๒๐-๓๐ องศา และด้านขวาขึ้นประมาณ ๑๕ องศา ถ้าใส่จะตกลงสู่ด้านล่าง จะมองเห็นถุงน้ำดีอยู่ใต้ชาย ตับด้านขวา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน
ขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด (ต่อ)

ขั้นตอน	วิธีการผ่าตัด
๔. Clipping and vididing the cystic duct and cystic artery คือ การใช้ตัวหนีบ หนีบท่อน้ำดี กับ หลอดเลือดแดง	๒. ศัลยแพทย์ใช้ Gasper port ที่ ๔ จับ fundus ของถุงน้ำดี ยกและดันขึ้นพาดไปบนตับด้านขวา Gasper port ที่ ๓ จับ Hart manns pouch ดึงออกมาเพื่อ Explor triangle of calot ๓. ใช้ Dissector ต่อกับสายจี้ไฟฟ้าเลาะบริเวณ triangle of calot เพื่อเปิดให้เห็นแนว Cystic duct ,Cystic artery  ๔. Clip applier No.๑๐ mm. ด้าน proximal clip ๒ ตัว และด้าน Distal clip ๑ ตัว แล้วตัดด้วย Scissor * Cystic duct stump ควรห่างจาก CBD อย่างน้อย ประมาณ ๕ mm. 
๕. The gall bladder dissection คือ การเลาะถุงน้ำดีออกจากตับ	๕. ใช้ Cauterizer (Hook) จี้ตัด Gallbladder Bed โดยให้ชิดกับถุงน้ำดี เพื่อป้องกันไม่ให้มี Liver injury (Bleeding, Bile leakage) 

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด (ต่อ)

ขั้นตอน	วิธีการผ่าตัด
๖. Irrigation and stopping bleeding points	๖. ใช้ Suction ฉีดน้ำ NSS ๐.๙/ ล้างตรวจดูจุดเลือดออกบริเวณ Gallbladder bed แล้วจับจีให้หยุด หลังจากนั้นดูดเอาน้ำและเลือดที่อยู่ในช่องท้องออกให้หมด โดยเฉพาะบริเวณใต้ตับและด้านข้างของตับ และตรวจดู Cystic duct stump และ Cystic artery stump
๗. The gall bladder removal คือการเอาถุงน้ำดีออกจากช่องท้อง	๗. ใช้ Extractor ใส่ทาง port ที่ ๒ เข้าไปจับถุงน้ำดีบริเวณ Cystic duct ดึงออกมาช้าๆ พร้อมกับ Trocar ถุงน้ำดีจะถูกดึงขึ้นมาที่ผนังหน้าท้อง ใช้ artery clamp จับถุงน้ำดีแทน Extractor แล้วค่อยๆ ขยับซ้าย และขวาดึงถุง
๘. Trocar remove and wound closure	๘. เอา Trocar ที่ ๒, ๓, ๔ ออกจากช่องท้อง และส่องด้วย Laparoscopic เพื่อดูว่ามีเลือดออกจากบาดแผลทั้ง ๓ หรือไม่ ส่วน Trocar ตัวที่ ๑ ให้ปิดเครื่อง Insufflator แล้วปลดเอาท่อ CO ₂ ออกก่อน จึงดึงเอา Trocar ออกพร้อมกับ Laparoscope บริเวณ Port ที่ ๑, ๒ ใช้ Artery clamp จับขอบ sheath และใช้ Zens retractor หรือ Lateral เล็ก ถ่างให้เห็นขอบ Sheath เย็บปิดชั้น Sheath เพื่อป้องกันการเกิด Incisional hernia ส่วนแผลบริเวณ port ที่ ๓, ๔ เย็บเฉพาะ ชั้น Skin

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การพยาบาล

๑. การเตรียมร่างกาย แพทย์จะนัดผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลก่อน ๑ วัน โดยแพทย์จะให้ผู้ป่วยงดน้ำ อาหารทุกชนิดหลังเที่ยงคืน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อ ป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น การกระตุ้นการลุด-เดินให้โดยเร็ว การหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ เพื่อป้องกันโรคแทรก ซ้อนทางปอด

๒. การเตรียมจิตใจ ให้ความรู้ความเข้าใจในการเตรียมผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง อธิบายให้ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค เปิดโอกาสให้ซัก-ถาม ระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล

๓. การพยาบาลหลังผ่าตัด ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดูแล แผลผ่าตัดได้ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลติดเชื้อเป็นหนอง ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแล ตนเอง เช่นการรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายมีพลังงานสูงและมีกากน้อย ในช่วงแรก เช่น ปลา ไข่ ผักผลไม้ที่ผ่านการ ประงแล้ว ควรจำกัดอาหารที่ทำให้ท้องเสีย เช่น ผลไม้ดิบ ผักดิบ แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจ ตามนัดและการ รักษาต่อเนื่อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง

นี้ในถุงน้ำดีเป็นโรคที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบ ของถุงน้ำดีการผ่าตัดเป็นวิกฤติการณ์ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความ เสี่ยงต่อชีวิตพร้อมทั้งมีผลกระทบต่อแบบแผนของการดำเนินชีวิต บทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดคือการ พยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด มีหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผล ให้ครอบครัวทุกมิติ เช่นการพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ชีวิตในสังคมเป็นต้น การดูแลคือให้ผู้ป่วยหายจากโรค และไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ ของตนเอง ในครอบครัวและสังคมได้

จากสถิติของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคนี้ในถุงน้ำดี โดยวิธีส่อง กล้อง ดังนี้ ปีพ.ศ. ๒๕๖๒, ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ จำนวนผู้ป่วย ๘๗, ๑๐๐, ๑๑๗ รายตามลำดับ ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มี แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดี โดยวิธีส่องกล้อง เป็นการผ่าตัดใหญ่ ที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการผ่าตัด รู้หลักการทำให้ปลอดภัย การทำลายเชื้อ และการ ประสานงานกับแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่

กรณีศึกษา

๑. ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๒๐ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย รูปร่างสมส่วน สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาปีที่ ๖ ปัจจุบันประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว

สิทธิ์การรักษา	: ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วันที่รับไว้ในความดูแล	: ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗
วันที่เข้ารับการผ่าตัด	: ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗
วันที่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน	: ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๗
วันที่มาตรวจตามนัด	: ๒ กันยายน ๒๕๖๗
การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น	: Symptomatic gall stone
การผ่าตัด	: Laparoscopic cholecystectomy
ประวัติทางการแพทย์	: การซักประวัติ จากผู้ป่วยและญาติ/ การตรวจร่างกาย และแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา (ต่อ)

๒. ประวัติความเจ็บป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมาตามแพทย์นัดเพื่อทำผ่าตัด มีอาการปวดท้องบริเวณขวาบน ให้คะแนนความเจ็บปวดประมาณ ๒-๓ คะแนน ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีลักษณะตัวตาเหลือง แขนขาไม่บวม ไม่มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักคงที่ ปัสสาวะ อูจาระปกติ

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

๕ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ร้าวไปหลัง ปวดสีข้างขวาร่วมด้วย ให้คะแนนความเจ็บปวด ประมาณ ๗-๘ คะแนน อาการเป็นๆ หายๆ ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน มีถ่ายเหลว ๑ ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน มาพบแพทย์ได้ยาไปรับประทาน

๓ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องบริเวณขวาบน ปวดสีข้างขวา มากขึ้น จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสงขลา และนำผล Ultrasound จากโรงพยาบาลบางกรวย ซึ่งผู้ป่วยตรวจสุขภาพประจำปี IMP : gall stone up to ๑.๑ cm. , no evidence of cholecystitis , no CBD dilatation จากนั้นผู้ป่วยและสามีจึงขอมารักษาต่อที่โรงพยาบาลบางกรวย ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แพทย์จึงนัดทำ Ultrasound อีกครั้ง วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

IMP : Mild fatty liver with out focal lesions A few gall stones with out evidence of acute cholecystitis

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว

ปฏิเสธประวัติความเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา อาหารและสารเคมี

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารและสารเคมี

ประวัติการใช้สารเสพติด

ปฏิเสธการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด

๓. ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรมของสมาชิกในครอบครัว

๔. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ผู้ป่วยแต่งงานอยู่กินกับสามี มีบุตรด้วยกัน ๑ คน ขณะเจ็บป่วยมี มารดา สามีและลูก คอยดูแลตลอด

๕. ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูนซีเมนต์ ๒ ชั้น

๖. ประวัติส่วนตัวและแบบแผนในการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตัวเอง

๗. เศรษฐกิจและครอบครัว

ผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้ร่วมกับสามี จากการรับเหมาก่อสร้างติดตั้งไฟฟ้า บุตร ๑ คนกำลังศึกษา ชั้นเตรียมอนุบาล ครอบครัวมีความมั่นคงทางการเงิน ไม่ขัดสน การเจ็บป่วยครั้งนี้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๘. ประเมินแบบแผนสุขภาพ (๑๑ แบบแผน)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การผ่าตัดและอุบัติเหตุ เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ปวดเมื่อย ร่างกายจะไปรักษาที่คลินิก หากมีอาการมากขึ้นจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ภาวะโภชนาการปกติ รูปร่างสมส่วน รับประทานอาหารครบ ๓ มื้อ ไม่เบื่ออาหาร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา (ต่อ)

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย

ขับถ่ายปกติ ปัสสาวะมากกว่า ๘ ครั้ง/วัน อุจจาระวันละ ๑-๒ ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก ไม่ต้องใช้ยาระบาย ไม่มีถ่ายเป็นเลือด

แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ หากมีเวลารว่างจากงานประจำจะออกกำลังกาย ๒-๓ ครั้ง/สัปดาห์ เช่น การเดินออกกำลังกายภายในหมู่บ้าน

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

นอนหลับได้ปกติ วันละ ๗-๘ ชม. เข้านอนช่วงเวลาประมาณ ๒๒.๐๐ น. ปฏิเสธการรับประทานยานอนหลับ

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญาและการรับรู้

การรับรู้ปกติดี ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีก้อนน้ำในถุงน้ำดี ทำให้มีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ราวไปหลัง ให้ความร่วมมือในการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้รส กลิ่น เสียง และการสัมผัสได้ดี

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

รู้สึกภาคภูมิใจที่มีครอบครัวคอยเอาใจใส่ดูแลยามเจ็บป่วย และภูมิใจในตัวเองที่มีอาชีพสามารถดูแลครอบครัวและส่งลูกเรียน

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและความสัมพันธ์ภาพ

สัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัวดีมาก ห่วงหาอาทรซึ่งกันและกัน มีญาติมาเฝ้าและผลัดกันมาเยี่ยมตลอดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

แบบแผนที่ ๙ แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์

ปกติดี, ปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดจะพูดคุยกับมารดาและสามี และจะดูโทรทัศน์เป็นการผ่อนคลาย

แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อและค่านิยม

ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เมื่อมีโอกาจะไปทำบุญตักบาตรที่วัดเป็นครั้งคราว นอกจากนี้สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจคือบุคคลในครอบครัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา (ต่อ)

๙. การประเมินร่างกายตามระบบ

อวัยวะ	ผลการตรวจร่างกาย
ผิวหนังและเล็บ	- ไม่มีตุ่มหนอง ไม่มีผื่นคัน ความตึงตัวของผิวหนังมีน้อย ผิวหนังมีริ้วรอยเหี่ยวย่น ไม่มีอาการบวม ไม่มีแผลกดทับ มีเปลือกตาและเล็บชิดเล็กน้อย เล็บตัดสั้น สะอาด ไม่ขรุขระ ไม่มีอาการอักเสบไม่เป็น Clubbing หรือ Spoon nail
ศีรษะ ใบหน้าและลำคอ	- ผิวหนังศีรษะสะอาด ไม่มีบาดแผล มีผมสีดำ ใบหน้ากลม การเคลื่อนไหวใบหน้าปกติ ไม่มีมุมปากตก ไม่มีอาการสั่นกระตุก ลำคอสมมาตร คอไม่โต คล้ำไม่พบก้อน ไม่มีกดเจ็บ ต่อม้ำเหลืองไม่โต ต่อมไทรอยด์ไม่โต
ตาและการมองเห็น	- สมมาตรกันดี ดวงตามีสีดำ แก้วตาใส ไม่มีต้อหิน ไม่มีต้อเนื้อ ไม่มีการอักเสบของเยื่อบุตา ชิดเล็กน้อย ไม่มีตาเหลือง การกลอกตาทั้งสองข้างปกติ ตาทั้งสองข้างมองเห็นชัดเจนดี
หูและการได้ยิน	- ลักษณะหูสองข้างสมมาตรเท่ากันทั้งสองข้าง รูปร่างปกติ ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณหน้าและหลังหู ภายในหูไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไม่มีอาการอักเสบ ไม่มีก้อนผิดปกติ การได้ยินปกติ
จมูกและการรับกลิ่น	- ลักษณะจมูกอยู่ในแนวตรง ไม่มีก้อนเนื้องอกผิดปกติ รูจมูกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี โพรงจมูกไม่บวมแดง รับกลิ่นได้ปกติ
ปาก ฟันและการรับรส	- ริมฝีปากบาง รูปร่างปากสมมาตรกันดี เยื่อช่องปากไม่บวม ขากรรไกรสบกันดี เหงือกสีชมพู ไม่มีอาการบวม ไม่พบก้อนผิดปกติภายในช่องปาก ไม่มีแผล ไม่มีเลือดออก ทอนซิลไม่บวมแดง ไม่โต ผู้ป่วยไม่มีฟันปลอมไม่มีฟันผุ เคี้ยวอาหารได้ปกติ การรับรสปกติ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน
ทางเดินหายใจและทรวงอก	- รูปร่างทรวงอกปกติ ขณะหายใจทรวงอกสองข้างขยายตัวสมมาตรกัน อัตราการหายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที เสียงหายใจปกติ ทั้งสองข้าง ลักษณะการหายใจเข้าออกปกติ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	- ลักษณะทรวงอกด้านซ้ายปกติ ไม่มีโป่งพองหรือบวมเข้า การทำงานของหัวใจไม่พบ Trill เสียง S๑ และ S๒ ปกติ ฟังเสียงหัวใจปกติ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจรเต้นได้จังหวะสม่ำเสมอ ๘๒ ครั้ง/นาที

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา (ต่อ)

๙. การประเมินร่างกายตามระบบ

อวัยวะ	ผลการตรวจร่างกาย
ระบบทางเดินอาหาร	- ท้องลักษณะ Soft กดไม่เจ็บ ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด สะดือไม่โป่งนูนผิดปกติ ไม่พบตับและม้ามโต ลำไส้ เคลื่อนไหวปกติ Bowel sound ๑๒ ครั้ง/นาที
ระบบประสาทและการได้ยิน	- รู้สึกตัวดี สามารถที่จะพูดคุยและทำตามทีบอกได้ การเคลื่อนไหวของแขนทั้ง ๒ ข้างปกติ สามารถ เคลื่อนไหวได้เอง ไม่มีอาการประสาทหลอน ไม่มีหู แว่ว
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	- กล้ามเนื้อบริเวณขาและแขนใช้งานได้ดี ข้อสะโพก ขยับได้เต็มที่ ไม่มีกระดูกคดงอ หรือผิดรูป
ระบบทางเดินปัสสาวะและทวารหนัก	- อวัยวะสืบพันธุ์ลักษณะภายนอกปกติ ปัสสาวะปกติ ไม่มีริดสีดวงทวาร ขับถ่ายอุจจาระได้ปกติวันละ ๑- ๒ ครั้ง

แพทย์วินิจฉัย Symptomatic gall stone รักษาโดยการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง ในวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ เวลา ๑๒.๐๘ น. แรกผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยสับสน รู้สึกตัวดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๘ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๖๙ กิโลกรัม สูง ๑๖๒ เซนติเมตร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๗ ผลการตรวจพบว่า HCT ๓๗% มีภาวะซีด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผลปกติ ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปกติ วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๗ ได้ทำการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด จึงได้ให้ข้อมูลการรักษาโดยการอธิบายขั้นตอนการผ่าตัดอย่างสังเขป แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและสร้างสัมพันธภาพเพื่อลดความวิตกกังวลและเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ในระยะผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเมื่อวันที่ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗ ได้เตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ตลอดจนการเตรียมตัวของพยาบาลส่งเครื่องมือทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy) รวมระยะเวลาในการผ่าตัด ๑ ชั่วโมง ๕ นาที เสียเลือดในระหว่างผ่าตัดประมาณ ๕ ซีซี หลังผ่าตัดเสร็จส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลที่ห้องพักรักษา สัญญาณชีพของผู้ป่วยปกติไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงก่อนจะย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย

ในระยะหลังผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยพบว่า ในระยะ ๒๔ ชั่วโมงหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการปวดแผลผ่าตัด ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Tramadol ๕๐ มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหาร เข้า เที่ยง เย็น ครั้งละ ๑ เม็ดดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้เป็นอย่างดีในระยะ ๒๔ ชั่วโมงหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด แต่ทุเลาลงได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ในระยะ ๒๔ ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี รับประทานอาหารได้ไม่มี อาการปวดแผล แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา (ต่อ)

ได้มีคำสั่งให้ยา Tramadol ๕๐ มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหาร เข้า เทียง เย็น ครั้งละ ๑ เม็ด และยาพาราเซตามอล รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด เมื่อมีอาการปวด ให้คำแนะนำการดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่ให้เปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล หลังผ่าตัด ๑๐ วัน เปิดแผล แผลโดนน้ำได้ สังเกตบริเวณแผลผ่าตัดถ้ามีอาการปวด บวม แดง ร้อนและมีไข้ ให้มา พบแพทย์ก่อนวันนัดได้ รับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ ถั่วต่างๆ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล ห้ามยกของหนักมากกว่า ๕ กิโลกรัม แพทย์นัดติดตามอาการ วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ น. ที่ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลบางกรวย

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๑ ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น บอกว่า “กังวลในการทำผ่าตัด”
๒. ผู้ป่วยสอบถาม วิธีการผ่าตัด การระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเอง และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบาย ความรู้สึก การซักถามข้อสงสัยรับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยกุยปลอบโยนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ และยอมรับพร้อมให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา
๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจในวิธีการผ่าตัด และแผนการระงับความรู้สึกที่จะได้รับ
๓. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์การระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ ในขอบเขตของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา
๔. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์ วิสัญญีแพทย์ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ
๕. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการทำผ่าตัด เพื่อให้ ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ
๖. ให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกายการเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และแนะนำการงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย ๖-๘ ชั่วโมง รวมทั้งแนะนำการประเมินระดับการปวดแผลหลังผ่าตัด โดยใช้คะแนน ความเจ็บปวด (ระดับ Pain score ๑-๑๐) เป็นเกณฑ์การประเมิน พร้อมทั้งแนะนำการบริหารร่างกาย ภายหลังผ่าตัด การไออย่างถูกวิธี การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการผ่าตัด
๗. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังผ่าตัดจากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถาม หาก ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น และประเมินความรู้ความเข้าใจอีกครั้งจนผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (ต่อ)

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม สดชื่น
๒. ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถบอกถึงสาเหตุการเกิดโรคได้อย่างคร่าวๆ
๓. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๒ เสี่ยงต่อการงัดเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของเครื่องมือ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. แพทย์ Set ผ่าตัด Laparoscopic cholecystectomy จำนวน ๓ รายในวันเดียวกัน

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตรงตามวันเวลาที่กำหนด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ตรวจสอบตารางผ่าตัด
๒. ตรวจสอบชุดเครื่องมือผ่าตัด ชุดเครื่องมือผ่าตัดพิเศษ
๓. ตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัด ชุดเครื่องมือผ่าตัดพิเศษว่าผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้ในเช้าวันผ่าตัด

การประเมินผล

๑. เครื่องและอุปกรณ์ในการทำผ่าตัดพร้อม
๒. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตรงตามวันและเวลาที่กำหนด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๓ มีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน

ข้อมูลสนับสนุน

๑. แพทย์ Set ผ่าตัด ทางศัลยกรรมรวม จำนวน ๔ รายในวันเดียวกัน

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง ตรงตามแผนการรักษา
๒. มีการ Sign In ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้อง ทำการ Time Out ก่อนเริ่มผ่าตัดและ Sign Out หลังเสร็จผ่าตัด เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วย และมีการบันทึกการระบุตัวผู้ป่วยในแบบรายการผ่าตัดปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตรวจสอบตำแหน่ง/ข้างที่ทำผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย ทีมแพทย์ และทีมวิสัญญี ก่อนที่ให้อาหารรับความรู้สึก
๒. ตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่มากับผู้ป่วย เช่น Chart ให้ตรงกับชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วย
๓. ทำ Sign In ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้อง ทำการ Time Out ก่อนเริ่มผ่าตัดเพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วย โดยระบุชื่อ สกุล อายุ ชนิดของการผ่าตัดตำแหน่งที่จะผ่าตัด แพทย์ผู้ทำผ่าตัดและ Sign Out หลังผ่าตัดยืนยันเหตุการณ์ที่ทำได้ และเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่งตรงตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๔ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (ต่อ)

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
๒. เครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชิ้นผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ และยังคงสภาพปราศจากเชื้อ
๓. ผู้ป่วยได้รับการผิวหนังอย่างถูกต้องตามเทคนิคปราศจากเชื้อ
๔. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยใช้หลัก Sterile technique

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ปฏิบัติตามหลักเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดและมีการคงสภาพการปลอดเชื้อตลอดระยะเวลาการผ่าตัด
๒. ตรวจสอบสภาพของเครื่องมือก่อนใช้ทุกครั้ง ๓. เตรียมผิวหนังผู้ป่วยโดยการฟอกด้วย ๗.๕% Povidine scrub และทาบบริเวณผ่าตัดด้วย ๑๐% Povidine Solution
๔. ปูผ้าปราศจากเชื้อให้ถูกต้อง ปิดทับด้วยแผ่นคลุมผิวหนังที่ปราศจากเชื้ออีกชั้นหนึ่ง
๕. ทวนสอบการได้รับ Antibiotic prophylaxis ก่อนทำผ่าตัด
๖. ในระหว่างการผ่าตัดมีการเฝ้าระวังให้บริเวณผ่าตัด คงความปลอดเชื้อ ป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค
๗. ส่งเครื่องมือผ่าตัดอย่างถูกต้องและรวดเร็วตามลำดับขั้นตอนและตามหลัก Sterile

การประเมินผล

๑. เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ และยังคงสภาพปราศจากเชื้อ
๒. ผู้ป่วยได้รับ Antibiotic prophylaxis ตามมาตรฐานก่อนทำผ่าตัด
๓. ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดตามหลัก Sterile technique

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๕ มีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้าในการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. มีการใช้เครื่องจีไฟฟ้าในการผ่าตัด
๒. มีการล้าง บาดแผลด้วยน้ำเกลือล้างแผล ทำให้เกิดความเปียกชื้นของผิวหนัง

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผิวหนังไม่มีตุ่มพอง รอยแดงหรือรอยไหม้
๒. ขณะใช้เครื่องจีไฟฟ้าการเต้นของชีพจร ๖๐ - ๑๒๐ ครั้ง/นาที
๓. ไม่มีรอยแดงไหม้จากแผ่นสื่อนำไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินปัจจัยเสี่ยง เช่น ประวัติการใส่ Pacemaker, Implant สภาพของผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า
๒. เตรียมและดูแลเครื่องจีไฟฟ้า แผ่นสื่อนำไฟฟ้า สายไฟ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
๓. การวางแผ่นสื่อนำไฟฟ้าบนร่างกายของผู้ป่วย ต้องเลือกบริเวณ มีกล้ามเนื้อ
๔. เตรียมผิวหนังผู้ป่วย บริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าให้แห้ง
๕. เครื่องจีไฟฟ้าต้องมีทั้งสัญญาณเสียงและสัญญาณไฟเมื่อเปิดเครื่องใช้งาน และควรตั้งกระแส ไฟฟ้าในระดับต่ำไว้ก่อนแล้วจึงตั้งในระดับที่สูงขึ้น
๖. บันทึกตำแหน่งที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า สภาพของผิวหนังก่อนและหลังการใช้งาน
๗. สังเกตและบันทึกอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า เช่น รอยไหม้ พุพอง หรือรอยถลอก

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับการบาดเจ็บ รอยแดง หรือรอยไหม้บริเวณผิวหนัง จากการใช้เครื่องจีและแผ่นสื่อนำไฟฟ้า

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๖ มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างของเครื่องมือผ้าซับโลหิตและของมีคมในตัวผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ในการช่วยทำผ่าตัด เช่น ใบมีด เข็ม ผ้าก๊อช ผ้าซับเลือด

เกณฑ์การประเมิน

๑. เครื่องมือ อุปกรณ์ ของมีคมและผ้าซับโลหิตมีจำนวนครบถ้วน
๒. ไม่เกิดสิ่งของตกค้างภายในร่างกายผู้ป่วย
๓. การตรวจนับวัสดุ อุปกรณ์ของมีคม ผ้าซับเลือดถูกต้อง ครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ตรวจนับเครื่องมือ เครื่องใช้ และจำนวนผ้าซับโลหิต ก่อนเริ่มการทำผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด ก่อนเย็บปิดชั้นผิวหนัง โดยตรวจนับร่วมกันระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก
๒. ลงบันทึกการตรวจนับไว้เป็นหลักฐาน
๓. หมั่นสังเกตและตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องใช้ และจำนวนผ้าซับโลหิตเป็นระยะขณะทำการผ่าตัด
๔. ก่อนเย็บปิดช่องท้อง แผลผ่าตัดต้องตรวจนับเครื่องมือ เครื่องใช้และจำนวนผ้าซับโลหิตอีกครั้ง
๕. มีสติและสมาธิตลอดระยะเวลาการทำผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดระหว่างผ่าตัด เครื่องมือ อุปกรณ์ ของมีคมและผ้าซับโลหิตมีจำนวนครบถ้วน ไม่เกิดสิ่งของตกค้างภายในร่างกายผู้ป่วย การตรวจนับวัสดุ อุปกรณ์ของมีคม ผ้าซับเลือดถูกต้อง ครบถ้วน

การประเมินผล

๑. เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ของมีคม และผ้าซับโลหิตถูกต้องและครบถ้วน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๗ ผู้ป่วยมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. หลังผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้อง
๒. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก General แบบ Anesthesia
๓. มีเสมหะในลำคอ ไม่กล้ำไธ กลั้วเจ็บแผล

เป้าหมายการพยาบาล

ลดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

๑. สัญญาณชีพปกติ
๒. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O₂ Saturation = ๙๕-๑๐๐%)
๓. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
๓. บ่นปวดแผล Pain score > ๓ คะแนน

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแผลลง

เกณฑ์การประเมิน

๑. Pain score < ๓ คะแนน
๒. สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักผ่อนได้
๓. สามารถเคลื่อนไหวทางร่างกายได้เหมาะสมตามคำแนะนำ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัด (Level of pain score) ตั้งแต่ระดับ ๐-๑๐ พร้อมทั้งให้การพยาบาลในแต่ละระดับ ดังต่อไปนี้

- ระดับ ๐ หมายถึง ไม่ปวดเลย ควรสอบถามอาการปวดแผลผ่าตัดทุก ๔ ชั่วโมง
- ระดับ ๑-๓ หมายถึง ปวดเล็กน้อย ควรอธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บปวด เบี่ยงเบนความสนใจ โดยใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น ฟังเพลงหรืออ่านหนังสือที่ชอบ
- ระดับ ๔-๖ หมายถึง ปวดปานกลาง ให้การพยาบาลเช่นเดียวกับระดับ ๑-๓ พร้อมทั้งให้ยาตามแผนการรักษา เช่น Paracetamol (๕๐๐ mg.) รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด ทุก ๔-๖ ชั่วโมง หลังจากนั้นประเมินผลหลังได้รับยา ๓๐ นาทีหากอาการไม่ดีขึ้น ควรรายงานแพทย์ทราบ
- ระดับ ๗-๘ หมายถึง ปวดมาก ควรค้นหาสาเหตุของการปวด เช่น จากสภาพจิตใจ หรือ สาย Epidural block หรือ Spinal block ที่ต่อไว้หลุดหรือหักพังขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยร่วมกับประเมินสัญญาณชีพและแผลผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง พร้อมทั้งรายงานแพทย์ทราบ
- ระดับ ๙-๑๐ หมายถึง ปวดมากที่สุดในชีวิต ให้ประเมินความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และ แผลผ่าตัดซ้ำ พร้อมให้ NPO ไว้ก่อน รับประทานแพทย์ทันที กรณีที่แผลแยกควรเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดฉุกเฉินหรือเตรียมเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำหรือให้เลือดต่อไป

๒. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง เพื่อให้ผนังหน้าท้องหย่อน เพื่อช่วยลดอาการปวดแผล

๓. แนะนำเรื่องการไออย่างถูกวิธีโดยใช้มือประคองแผลขณะไอจาม เพื่อช่วยป้องกันการกระเทือนแผล และบรรเทาอาการปวดแผล

๔. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทั่วไป เช่น ดูแลเช็ดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อความสะดวกสบายและป้องกันอาการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดแผลได้

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวด สีหน้าสดชื่น สุขสบาย และสามารถพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๙ ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia

๒. ไม่ค่อยเคลื่อนไหวบนเตียงตามคำแนะนำ

๓. บ่นแน่นอึดอัดท้อง

๔. ฟังเสียง Bowel sound : Negative

เป้าหมายการพยาบาล

ภาวะท้องอืดทุเลาลง รับประทานอาหารได้ไม่มีอาการ แน่นอึดอัดท้อง

เกณฑ์การประเมิน

๑. Bowel sound : Positive จำนวน ๓-๕ ครั้ง/นาที่

๒. อาการแน่นอึดอัดท้องลดลง

๓. เคลื่อนไหวร่างกายตามคำแนะนำได้ตามความเหมาะสมภายหลังผ่าตัด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินการทำงานของลำไส้ โดยการฟัง Bowel sound ทั้ง ๔ Quadrants หลังผ่าตัด ๒๔ ชั่วโมง หากพบว่าลำไส้เริ่มมีการทำงาน มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ๓-๕ ครั้ง/นาที แสดงว่าลำไส้เริ่มทำงาน รอรับคำสั่งเรื่อง Step diet จากแพทย์เจ้าของไข้
๒. ประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยการสังเกต เช่น อาการ หน้าท้องแข็ง แน่นท้อง พร้อมทั้งสอบถามอาการเรอ และอาการผายลมภายหลังผ่าตัด
๓. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการท้องอืด ภายหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General anesthesia) ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้เกิดอาการท้องอืด ตามมาภายหลังผ่าตัด จึงควรกระตุ้นให้ลำไส้กลับมาทำงานเร็วขึ้น โดยให้คำแนะนำในการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น เพื่อลดอาการท้องอืด

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถลุกเดินและทำกิจวัตรประจำวันได้
๒. ผู้ป่วยไม่มีภาวะท้องอืด แน่นท้องและสามารถผายลมได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๑๐ ผู้ป่วยมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia
๒. หลังผ่าตัด ๒๔ ชั่วโมงแรก มีอาการอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

๑. สัญญาณชีพปกติ
๒. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า
๓. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
๔. ไม่มีบาดแผล รอยขีดตามร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมินความผิดปกติเช่น ความดันโลหิตต่ำ มีโอกาสเกิดอาการเวียนศีรษะ ทำให้หน้ามืด อาจเกิดการพลัดตกหกล้มได้
๒. ยกราวข้างเตียงขึ้นทุกครั้ง ภายหลังให้การพยาบาล พร้อมวางกริ่งหรือ Nurse call ไว้ ข้างตัวผู้ป่วย เพื่อหยิบใช้ได้สะดวกเมื่อต้องการความช่วยเหลือ
๓. จัดสิ่งแวดล้อมบริเวณข้างเตียง และภายในห้องให้เรียบร้อย ให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม
๔. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ในกรณีที่ผู้ป่วยยังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยังคงสายสวนปัสสาวะอยู่เพื่อช่วยลดการออกแรงและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการพลัดตกหกล้ม
๕. ตรวจสอบบริเวณร่างกายของผู้ป่วย ขณะตรวจเย็บอาการว่ามีรอยฟกช้ำ มีบาดแผลจากการพลัดตกหกล้มหรือไม่
๖. เน้นย้ำญาติควรอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรต่าง ๆ หากต้องการความช่วยเหลือให้เรียกเจ้าหน้าที่ทันที

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (ต่อ)

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายด้วยความปลอดภัย ไม่มีการพลัดตกเตียง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๑๑ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยซักถามข้อมูลการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๒. ผู้ป่วยไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างน้อย ๕ ใน ๘ ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๒. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลัง ผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องดังต่อไปนี้

๒.๑ การดูแลแผลผ่าตัด หากแพทย์ปิดแผลด้วยพลาสติกชนิดไม่กันน้ำ แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยอาบน้ำ ให้เช็ดตัวไปก่อน ในกรณีที่แพทย์ปิดแผลด้วยพลาสติกชนิดกันน้ำ และแพทย์อนุญาตให้อาบน้ำได้ แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำได้ตามปกติ ห้ามถูสบู่บริเวณขอบ พลาสติกภายหลังอาบน้ำให้เช็ดตัวให้แห้งและใช้ผ้าขนหนูที่แห้งซับบริเวณขอบพลาสติกเพื่อป้องกันการอับชื้น และป้องกันการหลุดลอกของพลาสติกหลีกเลี่ยงการแช่น้ำในอ่างน้ำหรือลำคลอง เนื่องจากอาจติดเชื้อจากสารปนเปื้อนมากับน้ำ ซึมเข้าสู่ร่างกายและทางช่องคลอดได้

๒.๒ สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติเน้นย้ำว่าควรรับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหมักดอง เป็นต้น

๒.๓ ควรทำงานเบาๆ เช่น กวาดบ้าน ล้างจาน เป็นต้น งดการทำงานหนัก ที่ต้องออกแรงมาก หรือกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง เพราะจะทำให้แผลผ่าตัดแยกได้เช่น การยกของหนัก เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการนั่งยองๆ

๒.๔ สามารถออกกำลังกายเบาๆ เช่น ยืน เดิน เป็นเวลาอย่างน้อย ๑๐-๒๐ นาที งดการออกกำลังกายที่ต้องเกร็งหน้าท้อง เช่น Sit up หรือสะพานโค้ง ภายใน ๖ เดือนแรก

๒.๕ อาการผิดปกติต้องมาพบแพทย์ เช่น มีเลือดหรือหนองบริเวณแผลผ่าตัด ร่วมกับการมีไข้ เป็นต้น

๒.๖ ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ควรหยุดการรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

๒.๗ มาตรวจติดตามอาการภายหลังผ่าตัดตามแพทย์นัด

๓. ภายหลังให้คำแนะนำเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเน้นตระหนักถึงความสำคัญ ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด พร้อมให้ตระหนักถึงอาการผิดปกติ ต่างๆที่ต้องมาพบแพทย์ภายหลังผ่าตัด รวมทั้งประเมินความรู้ของผู้ป่วยโดยการซักถาม หากผู้ป่วย ยังไม่เข้าใจควรใช้เวลาผู้ป่วยในการซักถามและตอบข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและมั่นใจในการนำไปปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และเพื่อที่จะช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admit) ภายหลังผ่าตัด

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้

๒. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การเปรียบเทียบทฤษฎีกับการศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
โรคนิ่วในถุงน้ำดีและพยาธิสภาพ	- ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๒๐ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย รูปร่างสมส่วน
โรคนิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) เป็นโรคที่พบได้บ่อยประมาณ ๕-๑๐% ของประชากรโดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ ๒-๓ เท่า และมีแนวโน้มพบได้มากขึ้นตามอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในผู้ที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป และพบในผู้ป่วยอายุเกิน ๗๐ ปี ประมาณ ๑๕-๓๐%	การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น : Symptomatic gall stone
ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี	
๑. เพศหญิงพบโรคนิ่วในถุงน้ำดีในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย ๒-๓ เท่า มักพบในผู้หญิงที่ใช้ยาฮอร์โมนในการคุมกำเนิด หรือกินฮอร์โมนเพศหญิงจากภาวะหมดประจำเดือน ทั้งนี้เพราะฮอร์โมนเพศหญิงจะช่วยเพิ่มปริมาณคอเลสเตอรอลในน้ำดี จึงเพิ่มความเข้มข้นของคอเลสเตอรอล จึงตกตะกอนได้ง่าย	
๒. อายุพบได้มากในผู้สูงอายุโดยเฉพาะเมื่ออายุ ๖๐ ปีขึ้นไป อาจเพราะคนในช่วงอายุนี้นี้มีโรคไขมันในเลือดสูง สูงกว่าอายุช่วงอื่นๆ	
๓. เชื้อชาติพบได้มากในบางเชื้อชาติ เช่น คนในอเมริกา เพราะพบว่ามีความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทำให้มีคอเลสเตอรอลในน้ำดีสูง	
๔. พันธุกรรมพบโรคนิ่วในถุงน้ำดีได้สูงเมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคนี้นี้	
๕. อาหารพบว่า การกินอาหารไขมันสูงและมีใยอาหารต่ำเพิ่มโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดี	
๖. อ้วนโดยเฉพาะในผู้หญิงเพราะเพิ่มคอเลสเตอรอลในน้ำดี	
๗. การเร่งลดน้ำหนักเพราะถุงน้ำดีลดการบีบตัวลง น้ำดีจึงกักคั่งในถุงน้ำดีนานขึ้นจึงตกตะกอนได้ง่ายขึ้น	
๘. การกินยาลดไขมัน เพราะส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาณคอเลสเตอรอลในน้ำดี	
๙. ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะมักมีไขมันทั้งคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride, ไขมันอีกชนิดที่เพิ่มโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดีสูง)	
๑๐. โรคเลือดบางชนิด จากเม็ดเลือดแดงถูกทำลายมากกว่าปกติ จึงมีสารให้สีบิลิรูบินในน้ำดีสูงขึ้น	
๑๑. การอักเสบเรื้อรังของถุงน้ำดี เพราะส่งผลให้การบีบตัวของถุงน้ำดีลดลง	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การเปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี

กรณีศึกษา

๑๒. โรคเรื้อรังต่างๆที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกินไม่ได้ ต้องให้อาหารทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องเพราะดื่มน้ำดีจะไม่หมดตัว จากไม่มีการย่อยอาหารเกิดการตกตะกอนของสารต่างๆในน้ำดีได้ง่าย ทำให้เกิดนิ่วได้ง่าย

อาการของโรคนี้ในถุงน้ำดี

ผู้ที่มีนิ่วในถุงน้ำดี อาจไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใด หรือมีอาการบางอย่าง ดังต่อไปนี้

๑. ปวดช่องท้องด้านบนขวา
๒. ปวดหลัง โดยเฉพาะช่วงที่อยู่ระหว่างหัวไหล่
๓. ปวดใต้สะบักขวา
๔. อาการปวดที่สะบักขวาจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการหนักขึ้นและจะเป็นแบบนี้ ไปอีกอย่างน้อย ๓๐ นาที หรืออาจเป็นได้สองถึงสามชั่วโมง
๕. เป็นไข้หนาวสั่น
๖. อาเจียนและคลื่นไส้
๗. ดีซ่าน (ผิวออกเหลืองและตาขาว)
๘. อุจจาระสีเหมือนโคลนดิน
๙. รู้สึกปวดหลังจากกินอาหารที่มีไขมัน
๑๐. อาหารไม่ย่อย ท้องอืด มีแก๊ส

ลักษณะอาการของผู้ป่วย อาจแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้ (พนัสเฉลิมแสนยากร)

๑. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ
๒. กลุ่มผู้ป่วยมีอาการท้องอืดจุกเสียดแน่นท้อง บริเวณใต้ชายโครงข้างขวาและใต้ลิ้นปี่ โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหารประเภทไขมัน
๓. กลุ่มผู้ป่วยที่มีถุงน้ำดีอักเสบร่วมด้วย โดยนิ่วสามารถก่อให้เกิดการอักเสบของถุงน้ำดี ซึ่งจะมีอาการปวดท้องใต้ชายโครงข้างขวามาก อาจจะมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าในระยะนี้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องผู้ป่วยอาจมีโรคแทรกซ้อนถึงเสียชีวิตได้
๔. กลุ่มผู้ป่วยที่มีการอุดตันท่อน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดีถ้าหลุดลงไปอุดตันท่อน้ำดี จะทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือที่เรียกว่า ดีซ่าน และมีไขมันในเลือดสูง ปวดท้องมากหรือทำให้ตับอ่อนอักเสบ ซึ่งทำให้การรักษายุ่งยากซับซ้อนมากและมีอันตรายเพิ่มขึ้น

- ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ราวไปหลัง ปวดสีข้างขวาร่วมด้วย ไม่มีไข้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีตัวตาเหลือง ไม่มีแขนขาบวม ไม่มีเบื่ออาหาร น้ำหนักไม่ลด บัสสาวะ อุจจาระปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การเปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี

การวินิจฉัยโรคนี้ในถุงน้ำดี

การวินิจฉัยโรคนี้ในถุงน้ำดีมีหลายวิธีดังนี้ (นิ่วในถุงน้ำดี, มกราคม ๒๕๕๙)

๑. เบื้องต้นแพทย์จะถามถึงรายละเอียดของอาการที่เกิดขึ้นรวมถึงการคลำถุงน้ำดี (Murphy's Sign Test) เพื่อตรวจสอบว่าถุงน้ำดีมีการอักเสบหรือไม่ โดยใช้มือหรือนิ้วคลำบริเวณท้องส่วนขวาบนและให้ผู้ป่วยหายใจเข้า หากมีอาการเจ็บแสดงว่าถุงน้ำดีอาจอักเสบ นอกจากนั้นแพทย์อาจแนะนำให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาสัญญาณของการติดเชื้อ หรือตรวจสอบว่าตับทำงานเป็นปกติหรือไม่ หากก้อนนิ่วได้เคลื่อนย้ายไปที่ท่อน้ำดีตับอาจทำงานได้ไม่ปกติ

๒. การทำอัลตราซาวด์เป็นการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง มักจะใช้ช่วยวินิจฉัยโรคนี้ในถุงน้ำดี

๓. การตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า หรือ เอ็มอาร์ไอ (Magnetic Resonance Imaging : MRI) ช่วยตรวจนิ่วที่อยู่ในท่อน้ำดี

๔. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography : CT-Scan) ช่วยในการตรวจดูภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในท่อน้ำดี และมักจะใช้เพื่อวินิจฉัยเมื่อมีอาการปวดท้องรุนแรง เช่น ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน

๕. การถ่ายภาพรังสีท่อน้ำดี (Cholangiography) เมื่อสงสัยว่ามีนิ่วในท่อน้ำดี วิธีนี้จะช่วยเพิ่มรายละเอียดของนิ่วในท่อน้ำดี โดยแพทย์จะฉีดสีเข้าไปทางหลอดเลือดหรือฉีดเข้าไปที่ท่อน้ำดี ในระหว่างผ่าตัดหรือใช้กล้องส่องตรวจผ่านเข้าไปทางปาก หลังจากที่ย้อมสีแล้วจึงเอกซเรย์จะช่วยให้เห็นความผิดปกติภายในท่อน้ำดีหรือการทำงานของตับอ่อน หากถุงน้ำดีและน้ำดีทำงานปกติ สีที่ใช้จะถูกดูดซึมหรือขับออกจากร่างกาย หากพบว่าการอุดตันในระหว่างการตรวจดังกล่าวอาจหมายถึงมีนิ่วอุดตันพร้อมด้วย แพทย์อาจจะใช้กล้องส่องตรวจช่วยกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีออกก่อน หรือเรียกว่าการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน

(Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP)

กรณีศึกษา

- ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Ultrasound วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗

IMP : Mild fatty liver with out focal lesions

A few gall stones with out evidence of acute cholecystitis

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การเปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การรักษานิ่วในถุงน้ำดี	- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด : Laparoscopic
๑. ใช้ยาละลายนิ่ว (Oral dissolution therapy เป็น Bile acid) ใช้สลายนิ่วที่เป็น Cholesterol ที่ก้อนไม่ใหญ่ ต้องใช้เวลาในการสลาย ผลข้างเคียงอาจทำให้เกิดท้องร่วง และตับมีการอักเสบเล็กน้อย(การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัดผลที่ได้ยังไม่ดี, ๒๕๕๗)	Cholecystectomy ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด - ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเพียง ๑ วัน
๒. เครื่องสลายนิ่ว นิ่วในถุงน้ำดีสามารถรักษาได้โดยใช้เครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal shock-wave lithotripsy : ESWL) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีนิ่วอยู่ในท่อทางเดินน้ำดี การใช้เครื่องสลายนิ่วแล้วขับออกโดยการส่องกล้องผ่าตัดเปิดทวารถุงน้ำดีไม่ได้รับผลสำเร็จเท่าที่ควร (วรวิทย์ เจริญศิริ, ๒๕๕๖)	
๓. การผ่าตัดเอานิ่วในถุงน้ำดีออก มี ๒ วิธี (ดรินทร์ โสสิริวัฒน์, ๒๕๕๖) คือ	
๓.๑ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดที่ทำกันมานาน และได้ผลดี แต่จะมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่แผลเดียวและผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานประมาณ ๒-๕ วัน	
๓.๒ การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) จะทำโดยการวางยาสลบผู้ป่วยแล้วเจาะรู ๔ รู บริเวณหน้าท้อง เพื่อใส่กล้องใส่เครื่องมือแล้วเอาถุงน้ำดีพร้อมนิ่วออกมาทางรูที่เจาะไว้ การผ่าตัดวิธีนี้ผู้ป่วยจะปวดแผลน้อย ผู้ป่วยกลับบ้านหรือกลับไปทำงานได้เร็ว ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลเพียง ๑-๒ วัน	

ยาที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการรักษา

๑. Ceftriaxone ๒ gm v OD ยาปฏิชีวนะ
ผลข้างเคียง อาการบวมแดงหรือเจ็บปวดในบริเวณที่ถูกฉีดยา ท้องร่วง คลื่นไส้และอาเจียน
๒. Morphine ๒ mg v prn q ๒ hr ยาแก้ปวดชนิดเสพติด
ผลข้างเคียง ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนหัว เหงื่อออก
๓. Plasil ๑๐ mg v prn q ๖ hr ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน
ผลข้างเคียง ง่วงนอน มึนงง รู้สึกสับสน อ่อนเพลีย อิดโรย เหนื่อยล้า กระวนกระวาย กระสับกระส่าย
๔. Paracetamol ๕๐๐ mg ๑ tab oral q ๖ hr * ๒ day ยาระงับปวดและลดไข้
ผลข้างเคียง คลื่นไส้อาเจียน ทำลายตับและไต หากใช้ยาเกินขนาด
๕. Ibuprofen ๒๐๐ mg ๑ tab oral q ๖ hr ยาต้านอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์
ผลข้างเคียง ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องไส้ปั่นป่วน อาหารไม่ย่อย เรอ แสบร้อนกลางอก ผายลมบ่อย
ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก
๖. Metronidazole ๕๐๐ mg ๑ tab oral q ๘ hr ยาฆ่าเชื้อ
ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่อยากอาหาร และรู้สึกน้ำลายขม ปวดท้อง ไม่สบายท้อง ท้องผูก หรือ
ท้องเสีย ปวดหัว เวียนหัว และเดินเซ มีอาการไอ จาม คัดจมูก หรือมีน้ำมูก ปากแห้ง ลิ้นบวม และเจ็บ
ลิ้น ปัสสาวะมีสีเข้ม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๑. ตรวจเลือด (CBC ,LFT)

๙ สิงหาคม ๒๕๖๗

CBC	ผล	ค่าปกติ
WBC count	๘.๓๕	๔.๐-๙.๐
Neutrophil	๗๒.๗	๔๒.๐
Lymphocyte	๗.๓	๘๕.๐
Monocyte	๑๘.๖	๑๑.๐-๑๙.๐
Eosinophil	๐.๘	๐.๐-๙.๐
Basophil	๐.๖	๐.๐-๒.๐
RBC count	๕.๒๕	๓.๘๐-๕.๓๐
HGB	๑๑.๙	๑๒.๐-๑๘.๐
Hct	๓๖.๒	๓๖.๐-๕๖.๐
MCV	๖๘.๙	๘๐.๐-๑๐๐.๐
MCH	๒๒.๗	๒๗.๐-๓๒.๐
MCHC	๓๒.๙	๓๒.๐-๓๖.๐
RDW	๑๗.๘	๑๐.๐-๑๖.๕
Platelet count	๓๓๒	๑๒๐-๔๐๐
PCT	๐.๒๗	๐.๑๐-๑.๐๐
MPV	๘.๓	๕.๐-๑๐.๐
PDW	๑๕.๘	๑๒.๐-๑๘.๐
Total protein	๗.๓	๖.๖-๘.๘
Albumin	๔.๒	๓.๕-๕.๒
Globulin	๓.๑	๒.๕-๓.๕

Total Bilirubin	๐.๕๕	๐.๑-๑.๒
Direct bilirubin	๐.๒๒	<๐.๒
SGOT	๑๒	<๓๕
SGPT	๙	๔๑
ALK phosphatase (ALP)	๑๐๘	๔๐-๑๓๐

๒. ตรวจปัสสาวะ (UA)

๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗

UA	ผล	ค่าปกติ
Volume	๑๐.๐	
Color	Pale red	Clear
Turbidity	๑+	
Specific gravity	๑.๐๑๐	
pH	๗.๐	
Urine protein	Trace	Negative
Urine sugar	Negative	Negative
Urine blood	๓+	Negative
Urine leucocyte	๑+	Negative
Urine bilirubin	Negative	Negative
Urine urobilinogen	Normal	umol/L
Urine ketone	Negative	Negative
Urine nitrite	Negative	Negative
Red blood cell	>๑๐๐	
White blood cell	๒-๓	
Squamous epithelial cell	๒-๓	
Bacteria	Few	

๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๗

UA	ผล	ค่าปกติ
Volume	๑๐.๐	
Color	Yellow	Clear
Turbidity	Slightly turbid	
Specific gravity	๑.๐๒๕	
pH	๗.๐	
Urine protein	Trace	Negative
Urine sugar	Negative	Negative
Urine blood	๓+	Negative
Urine leucocyte	๑+	Negative
Urine bilirubin	Negative	Negative
Urine urobilinogen	Normal	umol/L
Urine ketone	Negative	Negative

Urine nitrite	Negative	Negative
Red blood cell	๕๐-๑๐๐	
White blood cell	๑-๒	
Squamous epithelial cell	๐-๑	
Bacteria	Few	

๓. ตรวจเอ็กซเรย์ปอด (CXR)

Normal, no abdominality detected

บรรณานุกรม

- ดรินทร์ โล่สิริวัฒน์. (๒๕๕๖). นิ้วในถุงน้ำดี. (พิมพ์ครั้งที่ ๔). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อามร จิรจรรยาเวช. (๒๕๕๐). Anatomical pathology ๑. (พิมพ์ครั้งที่ ๑). กรุงเทพฯ : บริษัทโรงพิมพ์เดือนตุลาจำกัด.
- นพวัชร สมาคตวิวัฒน์. (๒๕๕๖). นิ้วทางเดินน้ำดี. (พิมพ์ครั้งที่ ๓). กรุงเทพฯ : บริษัทบุญศิริ การพิมพ์ จำกัด.
- พนัส เฉลิมแสนยากร. (๒๕๕๗). กายวิภาคตับและระบบทางเดินน้ำดี. (พิมพ์ครั้งที่ ๓). กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- พรศิริ พันธสี. (๒๕๕๗). กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ ๑๔). กรุงเทพฯ : หจก.พิมพ์อักษร.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (๒๕๕๕). นิ้วในถุงน้ำดี. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ : บริษัทวี.พรีน จำกัด.
- สุวรรณา สกประเสริฐ. (๒๕๕๕). การลดภาวะแน่นท้องผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีด้วยกล้อง. (พิมพ์ครั้งที่ ๑). กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรชาติ ขาวสะอาด. (๒๕๕๗). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. (พิมพ์ครั้งที่ ๔). กรุงเทพฯ : ไพลินบุ๊คเน็ต จำกัด.

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกรณศึกษาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีโดยการส่องกล้องที่ได้ช่วยผ่าตัด ๑ ราย
๒. ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลความรู้วิชาการจากตำรา เอกสารต่างๆ และจากประสบการณ์ปฏิบัติงาน
๓. ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์ผู้รักษา หัวหน้าหอผู้ป่วย
๔. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ วางแผนให้การพยาบาล
๕. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล
๖. สรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา
๗. เขียนรายงานส่งพิมพ์
๘. ตรวจสอบและแก้ไข
๙. จัดทำรูปเล่ม

เป้าหมายของงาน

สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องรายอื่นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรได้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑. ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ การพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่านนิ้วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง ๑ เรื่อง

๕.๒. ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การเสียเลือดมาก การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้ผ่าตัดตามแผนการดูแล

๕.๒.๒ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้กลับมาพบแพทย์ตามนัด

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาล นักศึกษาพยาบาล ผู้ศึกษาดูแล ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง

๖.๒ เป็นแนวทางในการส่งเครื่องมือและช่วยผ่าตัดผู้ป่วยนิ้วในถุงน้ำดีที่เข้ารับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง อุปกรณ์และเครื่องมือในการผ่าตัดจะแตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพและตำแหน่งของการเกิดโรค จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ขั้นตอนการผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการผ่าตัดเพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น นอกจากนี้ การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความสำคัญที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องไปเยี่ยมประเมินให้ความรู้การปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่าตัดได้ตามแผนการรักษา ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการเตรียมการผ่าตัดผู้ป่วยนิ้วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง ขั้นตอนในการเตรียมเครื่องมือค่อนข้างนาน เนื่องจากเป็นเครื่องมือพิเศษ ทำให้ผู้ป่วยต้องรอการผ่าตัดนาน ดังนั้นการวางแผนการเตรียมเครื่องมือล่วงหน้าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลจะต้องเตรียมเครื่องมือสำหรับการผ่าตัดให้พร้อม ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดและก่อนแพทย์จะลงมือผ่าตัด เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการผ่าตัด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวกรรณิการ์ เอียดตรง ดำเนินการ ๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวกรรณิการ์ เอียดตรง

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กนกนิต / ใจัดสก
 (นางสาวกรรณิการ์ เอียดตรง)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) ๗ พ.ค. ๒๕๖๘
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกรรณิการ์ เอียดตรง	กณิการ์ เอียดตรง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

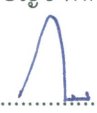
(ลงชื่อ) อพ. น. หง

(นางอรรณณ ญ ลำปาง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางกรวย

(วันที่) ๑๕ / พฤษภาคม / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายแพทย์กวิทย์ ชี้อย่าง)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย

(วันที่) ๑๕ / พฤษภาคม / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 

(นายปริพนท์ จุลเจิม)

(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง คู่มือการผ่าตัดไส้ติ่ง ด้วยการส่องกล้อง

๒. หลักการและเหตุผล

เนื่องด้วยทางโรงพยาบาลบางกรวย มีนโยบายเข้าร่วมการผ่าตัดแบบ MIS (Minimally Invasive Surgery) และทางศัลยแพทย์มีโครงการผ่าตัดไส้ติ่งด้วยการส่องกล้อง ด้วยเหตุนี้จึงเป็นแนวคิดการพัฒนาและปรับปรุงงาน การผ่าตัดไส้ติ่งด้วยการส่องกล้อง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องด้วยปัจจุบันมีการพัฒนาการผ่าตัดที่ทันสมัย ลดการบาดเจ็บของอวัยวะและลดจำนวนวันนอน โรงพยาบาล โดยเฉพาะการผ่าตัด Laparoscopic surgery ในโรงพยาบาลระดับ F๑ สามารถพัฒนาการผ่าตัด เพื่อให้รองรับการผ่าตัดแบบ MIS (Minimally Invasive Surgery) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดทางด้านจำนวนบุคลากรและประสบการณ์ในการช่วยผ่าตัด Laparoscopic appendectomy ที่ขาดความชำนาญ จึงอาจทำให้การพัฒนาการผ่าตัดนี้มีความล่าช้า ทางผู้ขอประเมินจึงมีแนวทางแก้ไขด้วยการขอไปอบรมและศึกษาดูงานโครงการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (ปริศัลยกรรม) และเก็บประสบการณ์จากโรงพยาบาลในเครือข่าย

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีความรู้ความสามารถในการช่วยแพทย์ทำการผ่าตัด Laparoscopic appendectomy อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ สามารถนำความรู้ได้จากการอบรมและศึกษาดูงานโครงการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (ปริศัลยกรรม) และเก็บประสบการณ์จากโรงพยาบาลในเครือข่ายมาในเทศบาลท้องผ่าตัดโรงพยาบาลบางกรวย

๔.๓ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการบาดเจ็บของอวัยวะและลดจำนวนลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ โรงพยาบาลบางกรวยสามารถเปิดทำการผ่าตัด Laparoscopic appendectomy ได้สำเร็จภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๕.๒ พยาบาลท้องผ่าตัดโรงพยาบาลบางกรวยสามารถนำความรู้จากการนิเทศมาช่วยแพทย์ในการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕.๓ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Laparoscopic appendectomy สำเร็จ $\geq 80\%$ ของผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนทำผ่าตัด Laparoscopic appendectomy ทั้งหมด

(ลงชื่อ) กนกพร ใจขจรตา

(นางสาวกรรณิการ์ เอียดตรง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๗ ๗ พ.ค. ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวกรรณิการ์ เอียดตรง

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๘
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๘
๓. เค้าโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๘
๔. ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	๑๐	๘
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๘
รวม	๑๐๐	๙๐

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

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

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ๐๓๓๔ ~ ๕๖๓

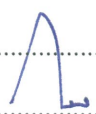
(นางอรรพรรณ ณ ลำปาง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางกรวย

(วันที่) ๕ / พฤษภาคม / ๒๕๖๕

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

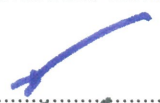
- (☒) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 (☐) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นายแพทย์กวิทย์ ชี้อย่น)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย

(วันที่) ๕ / พฤษภาคม / ๒๕๖๕

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นายปรพนธ์ จุลเจิม)

(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๒๕ พ.ค. ๒๕๖๕

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

(☐) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)



(ลงชื่อผู้ประเมิน) (นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)
 (ตำแหน่ง) ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี
 (วันที่) ๑๑ มิ.ย. ๒๕๖๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวช่อผกา เรียงไธสง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๒๒๑๐๙๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๒๒๑๐๙๗	เลื่อนระดับ
		พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แผ่นพับให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยเรื่อง เลือดออกทางเดินอาหารป้องกันได้” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน

๒. ระยะเวลาดำเนินการ ๑๑ ตุลาคม – ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน

ภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน (Upper Gastrointestinal Bleeding) หมายถึง การที่เลือดออกทางในทางเดินอาหารตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร จนถึงดูโอดีนัมส่วนที่ ๔ หรือระดับ Ligament of treitz ผู้ป่วยอาจพบแพทย์ด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือด (Hemetemesis) หรือถ่ายอุจจาระดำ (Melena) แต่ถ้าเลือดออกจำนวนมาก และลำไส้เคลื่อนไหวเร็วเลือดที่ออกมาจะอุจจาระเป็นสีแดงสดได้

พยาธิสรีรวิทยา

แผลในกระเพาะอาหารส่วนมากจะเกิดขึ้นบริเวณส่วนล่างของหลอดอาหารกระเพาะอาหารส่วนไพโลรัส (Pylorus) และบริเวณส่วนต้นของลำไส้เล็ก (Duodenum) และส่วนมากมีขนาดไม่เกิน ๔ เซนติเมตร ในภาวะปกติเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้ (gastric mucosa) จะสามารถป้องกันการแพร่กระจายของกรด (Hydrochloric acid และ pepsin) เข้าใน Mucosa หรือจะมี H-ion ก็เพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่สามารถเข้าได้แต่จากสาเหตุต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นแล้วนั้นทำให้ H-ion ผ่านเข้า Mucosa ถูกทำลายและทำลายได้ถึงชั้น Epithelial cell ร่างกายจะหลั่งสาร Histamine ออกมา ซึ่งจะมีผลกระตุ้น Parietal cell ให้หลั่งกรดเพิ่มมากขึ้น และมีผลต่อ Mucosal blood flow ทำให้หลอดเลือดฝอยขยายตัวน้ำและ Protein จะรั่วออกมาบางแห่งจะขาดเลือดมาเลี้ยง บางแห่งจะบวมแดงและเกิดเป็นแผลขึ้น

พยาธิสภาพของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน

๑.โรคซึ่งมีการทำลายของเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้เกิดการถลอก หรือ การฉีกขาดของหลอดเลือด เช่น กระเพาะอาหารอักเสบ มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น

๒.โรคซึ่งมีผลต่อระบบหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดโป่งพอง และหลอดเลือดแดงฉีกขาด

๓.ความบกพร่องในกลไกการแข็งตัวของเลือดเช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว ใช้เลือดออก ตับวาย

ดังนั้นเมื่อเกิดการภาวะทำให้เกิดการสูญเสียเลือด ทำให้ปริมาณเลือดในร่างกายลดลง เลือดจะนำออกซิเจนไปยังเซลล์ทุกส่วนของร่างกาย และนำของเสียที่เซลล์ใช้เสร็จแล้วภายหลังการเผาผลาญออกจากร่างกายทางปอด ไต ผิวหนัง และยังช่วยรักษาสสมดุลกรด-ด่างของร่างกาย ดังนั้นการสูญเสียย่อมได้ผลกระทบต่องานเป็นอย่างมาก ทำให้เซลล์ขาดอาหาร และออกซิเจน และเสียสมดุลไม่สามารถให้ระบบการไหลเวียนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไปทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หลักการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายต่อชีวิต ต้องมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการค้นหาสาเหตุ และรักษาสาเหตุอย่างทันท่วงที ได้รับการรักษาเฉพาะที่เพื่อป้องกันการสูญเสียไป ทำให้ระบบการไหลเวียนทำงานได้ตามปกติ

ความรุนแรงของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน แบ่งได้เป็น ๕ ลักษณะ

๑.การตกเลือดอย่างรุนแรง (Massive Bleeding) ต้องได้รับเลือดทดแทนอย่างรวดเร็วใน อัตรา ๓-๕ Unit ภายใน ๒ ชั่วโมง เพื่อรักษาระดับความโลหิตสามารถผลักดันไปสู่ระบบไหลเวียนได้เพียงพอ

๒.ภาวะเลือดออกปานกลาง (Moderate Bleeding) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับเลือด ๑-๒ Unit ก็สามารถปรับความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติได้

๓.ภาวะเลือดออกปานกลางแต่ออกติดต่อกัน (Moderate and Continuous Bleeding) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับเลือด ๑-๒ Unit ทุก ๖-๘ ชั่วโมง เพื่อให้มีความดันโลหิตปกติ

๔.ภาวะเลือดออกซ้ำๆ (Continuous Bleeding) ไม่รุนแรง โดยสังเกตได้จากระดับความเข้มข้นเลือดลดต่ำลงวันละ ๒-๓%

๕.ภาวะเลือดออกที่เกิดภายหลังจากการตกเลือดครั้งแรกหยุดแล้ว (Recurrent Bleeding) การตกเลือดอาจมากหรือน้อยก็ตาม

อาการและอาการแสดง

อาการปวดท้อง เป็นอาการที่พบได้บ่อย ซึ่งมักจะปวดบริเวณลิ้นปี่ลักษณะการปวดแต่ละบุคคลอาจไม่เหมือนกัน อาจปวดแบบตื้อๆ (dull) ปวดจี้ๆ (nagging) ปวดแสบปวดร้อน (burning) หรือปวดเกร็ง (cramping) อาการที่ท้องอืด แน่น เรอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาจเกิดหรือไม่เกิดก็ได้ หน้าที่มีขณะกำลังถ่าย หรือลุกเดินภายหลังถ่ายเสร็จแล้ว ในผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรง จะอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระดำ

สาเหตุของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกิดจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้

๑.จากความเครียดทางจิตใจหรือร่างกายได้แก่สมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวกชนิดรุนแรงความเครียดจากความเจ็บปวด ภาวะไม่รู้สึกรู้สีกตัว (Shock) ความเครียดจากการผ่าตัด ความเครียดทางจิตใจ ได้แก่วินิจฉัยทางสังคม

๒.อุปนิสัยการรับประทานอาหาร อาหารสกปรก และอาหารเครื่องเทศ เช่น พริก เมื่อสัมผัสกับเนื้อเยื่อกระเพาะอาหาร จะทำให้เกิดการหลั่งน้ำย่อยมากขึ้น ประสิทธิภาพของอาหาร เชื่อว่าโปรตีนจากเนื้อสัตว์จะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนแกสตรินเพิ่มมากขึ้น และการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาก็เป็นสาเหตุให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร

๓.ผลข้างเคียงของยาและสารบางชนิดทำให้เกิดแผลในกระเพาะได้คือยาที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อกระเพาะอาหาร เช่น การใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม NSAIDs และแอลกอฮอล์ ยาที่กระตุ้นการหลั่งกรด (gastric secretion) ได้แก่มะเร็ง corticosteroid, Phenylbutazone caffeine และสารนิโคตินในบุหรี่

๔.แผลในกระเพาะอาหาร ที่เกิดขึ้นบริเวณเยื่อกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นมักมีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียเฮลิโคแบคทีเรีย (H. Pylori)

๕.หลอดเลือดอาหารอักเสบ มักเป็นผลมาจากภาวะกรดไหลย้อนซึ่งเป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณส่วนปลายของหลอดอาหารทำงานผิดปกติ กรดในกระเพาะอาหารจึงไหลย้อนขึ้นมาทำลายหลอดอาหาร อาจทำให้เกิดแผลและเลือดออกในบริเวณดังกล่าว

การวินิจฉัยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน

การหาสาเหตุของการตกเลือดในกระเพาะอาหารมีหลายวิธีได้แก่ การส่องกล้องตรวจในกระเพาะอาหาร การสวนหลอดโลหิตแดงแล้วฉีดสารทึบแสง การตรวจทางรังสีร่วมกับกลืนแบเรียม และการผ่าตัดเพื่อห้ามเลือดผ่านการส่องกล้องหรือการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อห้ามเลือดในกระเพาะอาหาร การวินิจฉัยที่ถูกต้องนำไปสู่การรักษาที่ได้ผล

การรักษา ปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

๑.การรักษาทางอายุรกรรม โดยการให้ยา ดังนี้

-กลุ่ม Proton Pump Inhibitor (PPI) เช่น Omeprazole และ pantoprazole ช่วยลดความเป็นกรดในกระเพาะอาหาร โดยยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ H⁺/K⁺ ATPase (proton pump) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำงานในขั้นตอนสุดท้ายของการผลิตกรดในกระเพาะอาหาร

-ยากลุ่ม H₂ blocker เช่น cimetidine, ranitidine และ famotidine สามารถยับยั้งการหลั่งกรดได้โดยการแย่งจับกับ histamine receptor บน parietal cells ซึ่งเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่สร้างกรด HCL ทำให้สามารถลดทั้งปริมาณกรดและเอนไซม์เพปซินในกระเพาะอาหารได้

-ยาในกลุ่ม somatostatin analogue ใช้ในผู้ป่วยที่สาเหตุของเลือดออกจาก portal hypertension โดยยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนพวกเปปไทด์ในทางเดินอาหาร serotonin, gastrin. Vasoactive intestinal peptide, insulin, glucagon, substance P ยาเหล่านี้มักหยุดอาการตกเลือดได้ดี ผลที่ตามมาคือ ปริมาณเลือดไหลผ่านอวัยวะภายในลดลง

-ยาในกลุ่มช่วยให้เลือดแข็งตัว เช่น tranexamic acid, vit k

-ยาปฏิชีวนะ ในกรณีผู้ป่วยมีเลือดออกในทางเดินอาหารจากการติดเชื้อ

๒.การใส่ Sengstaken-Blakemore tube เป็นสายที่ใส่เข้าไปกระเพาะอาหารโดยผ่านจมูกหรือปาก เพื่อใช้ในการห้ามเลือดที่ออกในทางเดินอาหารส่วนบน จากหลอดเลือดดำที่หลอดอาหารโป่งพอง (esophageal varices) และหลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหาร (gastric varices)

๓.การรักษาด้วยการส่องกล้องจะทำไปพร้อมกับการตรวจวินิจฉัย ด้วยการฉีดยา Epinephrine ผสมเป็น ๑:๑,๐๐๐ ฉีตรอบๆจุดเลือดออกจะทำให้อัตราการไหลของเลือดลดลงจากการหดตัวของหลอดเลือดการจี้ด้วยความร้อน และการรักษาด้วยวิธีการรัดเส้นเลือดดำโป่งพองด้วยยาง (Endoscopic variceal ligation; EVL) หรือการฉีดด้วยกาว (Glue injection)

๔.การรักษาทางศัลยกรรม การผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อหยุดเลือดออก โดยข้อบ่งชี้คือ ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกมากกว่า ๑,๕๐๐ มล. (massive upper GI bleeding)

๓.๒ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน แบ่งเป็นระยะต่างๆ ดังนี้

๓.๒.๑ ระยะวิกฤตฉุกเฉิน เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกพบในการดูแล จนกระทั่งอาการคงที่โดย

๑.การประเมินสภาพ โดย

ก) ซักประวัติอาการและอาการแสดงของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือดสดๆ (hematemesis) เลือดเก่าๆ สีน้ำตาลคล้ายสีกาแฟดำ (Coffee ground) หรือเป็นสีแดง อุจจาระเป็นสีดำเหลว (Melena) มีกลิ่นเหม็น เหนียวเหนียวหนืด ยาวมะตอย อาการที่เกิดขึ้น เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่นเหงื่อออก ตัวเย็น อาการปวดท้อง รับประทานอาหารได้น้อยลง อ่อนเพลียจากเสียเลือดซีด โรคประจำตัว เช่น แผลในกระเพาะ (peptic ulcer) กระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis) การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประวัติการดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล กลัวการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ของผู้ป่วยและครอบครัว

ข) การตรวจร่างกาย อาจพบความผิดปกติได้แก่ ผิวหนังซีด เย็น ปากแห้ง Conjunctiva ซีด Capillary filling time มากกว่า ๒ วินาที มีเส้นเลือดดำที่ผิวหนังท้อง (spider nevi) จากภาวะแรงดันในเส้นเลือดดำสูงผู้ป่วยดื่มน้ำแข็งท้องอืด

ค) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Complete Blood Count, Liver function tests, BUN, Cr, Coagulation test, Serum electrolyte, Stool occult blood การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

๒.แก้ไขภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วน ได้แก่

ก) แก้ไขภาวะช็อก ให้สารน้ำ Acetar/RLS และให้เลือดชนิด PRC, FFP, PLT เพื่อให้ปริมาณเลือดไหลเวียนอย่างเพียงพอ ประเมิน Hemodynamic ระดับความรู้สึกตัว อาการระบบหัวใจ ลักษณะ EKG ปริมาณปัสสาวะทุก ๑ ชม. ติดตามสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินภาวะ เลือดออกและภาวะช็อก ได้แก่ ตัวเย็น ผิวซีด ชีพจรเต้นเร็วหรือช้า ไม่สม่ำเสมอ ท้องแข็งตึง กดเจ็บ เป็นต้น

ข) ค้นหาและแก้ไขสาเหตุเลือดออก สอนล้างกระเพาะอาหาร ผ่าน NG tube เพื่อประเมินความรุนแรง และเตรียมกระเพาะสำหรับการส่องกล้อง

ค) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เพิ่มการ Transportation และ Hemoglobin oxygen saturation และป้องกันการสำลักเลือดลงปอด ติดตามผล Arterial blood gas เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน และวางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจด้วยตนเอง

ง) ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เลือดแข็งตัวไม่ได้ ได้แก่ การให้วิตามิน K แก่ไขภวการณ์แข็งตัวของเลือดผิดปกติ แก่ไขภวโรครัด และ การติดเชื้อ

จ) ป้องกันภาวะกรดสูงในกระเพาะอาหาร ให้ยาลดกรดกลุ่ม Proton Pump inhibitor ตามแผนการรักษา

ฉ) เตรียมผู้ป่วยส่งกล้องดูทางเดินอาหาร ได้แก่ การเตรียมด้านจิตใจ และการเตรียมด้านร่างกาย

ช) การดูแลอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยและญาติ

๓.๒.๒ ระยะกึ่งวิกฤต

ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ป้องกันการสูญเสียแร่ธาตุ ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ ให้ยาลดการหลั่งกรด Pantoprazole, Sandostatin ให้ Albumin และติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือดตามแผนการรักษา

๓.๒.๓ ระยะฟื้นฟู ได้แก่

ก) ส่งเสริมความสุขสบาย ได้แก่ จัดให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน

ข) จัดการความไม่สบาย เช่น อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ด้วยการประเมินความปวด ให้ยาตามแผนการรักษา

ค) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ เช่น การเจาะเอาน้ำในช่องท้องออกในผู้ป่วยตับแข็ง

๓.๒.๔ ระยะจำหน่าย ได้แก่

ก) อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ตามปัจเจกบุคคล ให้ความรู้เรื่องโรคและสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ซึ่งมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ เนื่องมาจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ยาที่รับทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข) ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดหรือความวิตกกังวลต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่ออาการหลังกรด

ค) ให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการดื่มสุรา มีผลต่อเลือดออกในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร

ง) อธิบายให้มาตรวจตามแพทย์นัดประสาน Home Health Care เพื่อส่งต่อข้อมูลในการติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามผลการเยี่ยมบ้าน ในกรณีนี้เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสม

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๓ ปี รูปร่างสมส่วน สีผิวดำแดง ประกอบอาชีพค้าขาย ให้ประวัติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดสูง รักษาที่มิตรไมตรีคลินิกรับยาไม่ต่อเนื่อง ซื้อยารับประทานเอง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธแพ้ยาและอาหาร ชอบรับประทานอาหารรสจัด ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรวันละ ๑ แบน เป็นระยะเวลา ๒๐ ปี และเลิกดื่มสุรามาเมื่อ ๑ เดือนก่อน

วันที่ ๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ผู้ป่วยมีอาการปวดเข้า ๒ ข้างตลอดเวลา ได้ไปซื้อยาแก้ปวดจากร้านขายยาตรวจสอบพบเป็นกลุ่ม NSAIDs ผู้ป่วยรับประทานยาติดต่อกันเป็นระยะเวลา ๖ วัน อาการปวดเข้าทุเลาลงต่อมาในวันที่ ๑๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายอุจจาระสีดำ ๔ ครั้ง เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ผลการตรวจร่างกายพบ mild pale conjunctiva , no icteric sclera แพทย์ส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมพบว่า stool occult blood positive, stool exam RBC > ๑๐๐ และผลตรวจเลือดเบื้องต้น CBC Hct= ๓๗%, WBC COUNT= ๑๐,๘๖๐, Neu= ๗๗, Lym= ๑๖, Platelet Count= ๒๐๒,๐๐๐ ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่า สงสัยผู้ป่วยมีเลือดออกทางเดินอาหาร มีแนวโน้มเรื่องการเสียเลือดและมีภาวะช็อค รับไว้นอนโรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดแต่ผู้ป่วยปฏิเสธนอนโรงพยาบาล แพทย์จึงให้การรักษา Losec ๔๐ mg IV ๑ dose นัดติดตามอาการและติดตาม CBC อีกครั้งในวันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดยังพบว่า มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการถ่ายดำเพิ่ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ CBC Hct = ๒๙% WBC COUNT= ๗,๙๘๐, Neu= ๖๖, Lym= ๒๖, Platelet Count= ๒๐๖,๐๐๐ การตรวจร่างกาย PR empty rectum แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น upper gastrointestinal bleeding (UGIB) พิจารณารับไว้นอนโรงพยาบาล เพื่อเตรียมส่งตรวจโดยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น แต่ผู้ป่วยไม่พร้อมนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยขอเข้ารักษานอนโรงพยาบาลในวัน ที่ ๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ พยาบาลได้ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยเรื่องการใช้อย่างดื้อยา NSAIDs รับประทานเอง หากมีอาการถ่ายดำหรืออาเจียนเป็นเลือดเพิ่ม ให้มาโรงพยาบาลก่อนวันนัด

ในวัน ที่ ๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ผู้ป่วยมาตามนัดให้ประวัติไม่มีถ่ายดำ มีอาการอ่อนเพลีย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า Hct = ๒๖% ต่ำกว่าเดิม WBC COUNT= ๙,๗๐๐, Neu= ๖๗, Lym= ๒๕, Platelet Count= ๒๓๔,๐๐๐ ให้ทำ Gastric lavage เพื่อหาสาเหตุว่ามีเลือดออกทางในทางเดินอาหารส่วนบนหรือไม่ ได้ content blood clot ๑๐ ml lavage ต่อจน clear รับไว้นอนโรงพยาบาล เพื่อเตรียมประสานการส่งต่อไปส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

แรกรับหอผู้ป่วยในหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีมาโดยตลอด ผู้ป่วย E₄V₄M_๖ อ่อนเพลีย เยื่อตาซีด ริมฝีปากแห้ง ไม่มีอาการปวดท้องหรือถ่ายดำเพิ่ม ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ อัตรา ๗๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๕๘/๗๒ มิลลิเมตรปรอท O_๒saturation ๙๕% Room air ติดตามผลตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อการส่งตรวจเพิ่มเติมได้แก่ BUN, Cr, GER, Electrolyte, LFT,PT,PTT,INR, Anti-HIV ผลอยู่เกณฑ์ปกติและ DTX ๑๒๙ mg/dl จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีภาวะช็อคให้การรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS ๑๐๐๐ ml IV rate ๑๐๐ ml/hr. ตามแผนการรักษา ให้ Leukocyte Poor Red Cells ๑ Unit ติดตามผลตรวจความเข้มข้นเลือดจากปลายนิ้วทุก ๘ ชั่วโมง ให้ยา Transamine ๕๐๐ mg IV ๑ dose, Omeprazole ๔๐ mg IV ทุก ๑๒ ชั่วโมง, Vit k ๑๐ mg IV วันละครั้งเป็นเวลา ๓ วัน หลังผู้ป่วยได้รับส่วนประกอบของเลือด ๑ ถุง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือด ความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้วซ้ำได้ ๔๐% ขณะดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยในหญิงสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ อัตรา ๘๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๕/๗๐ มิลลิเมตรปรอท O_๒saturation ๙๕% Room air แนะนำให้สังเกตอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องแข็งตึง อาเจียนลักษณะสี

อาการและอาการเป็นเลือด ให้รีบแจ้งพยาบาล แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน งดอาหารสีน้ำตาลแดง แจ้งผู้ป่วยว่าวันถัดไปต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อทำการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการส่องกล้องทางเดินอาหาร พยาบาลได้แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องทางเดินอาหารและขณะส่องกล้องทางเดินอาหารได้แก่ งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ตรวจสอบว่ามีฟันปลอมหรือไม่ ทำความสะอาดช่องปาก อธิบายขั้นตอนการตรวจเบื้องต้นเพื่อลดความวิตกกังวล โดยผู้ป่วยจะได้รับยาชาโดยการพ่นยาชาที่คอ เพื่อลดอาการเจ็บปวดขณะตรวจ ใส่อุปกรณ์กันลิ้นตก แพทย์จะทำการใส่กล้องเข้าทางปาก ผู้ป่วยต้องช่วยร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำขณะแพทย์ใส่อุปกรณ์โดยการหายใจเข้า-ออกธรรมดา และไม่กลืนหายใจ ถ้ามึนน้ำลายควรปล่อยให้ไหลออกมา อย่ากลืนเพราะจะทำให้สำลักและไอได้ ซึ่งจะใช้เวลาการตรวจประมาณ ๕-๑๐ นาที ผู้ป่วยรับทราบและได้เข้าใจถึงการปฏิบัติและขั้นตอนในการตรวจ

๑ วันหลังจากผู้ป่วยนอนพักรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีถ่ายดำเพิ่ม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ อัตรา ๘๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๔/๗๖ มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation ๙๖% Room air ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS ๑๐๐๐ ml IV rate ๑๐๐ ml/hr หลังกลับจากการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหาร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน จัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงในท่าศีรษะสูง วัดสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง จากนั้นวัดทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง และทุก ๑ ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ อัตรา ๗๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๕/๗๘ มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation ๙๕% Room air ติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจ เช่น การทะลุของทางเดินอาหาร การมีเลือดออก ภาวะขาดออกซิเจน ตรวจดู Gag reflex พบว่า Gag reflex ปกติ ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นพบแผลที่กระเพาะอาหารแผลบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น ส่งตรวจพบเชื้อแบคทีเรีย *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) รายงานแพทย์รับทราบผลการตรวจ แพทย์ปรับแผนการรักษาโดยให้ยา Omeprazole (๒๐) ๑x๒ ๑ ac เป็นระยะเวลา ๒ เดือน และยาฆ่าเชื้อทางเดินอาหาร Amoxicillin (๕๐๐) ๒x๒ ๑ pc, Clarithromycin (๕๐๐) ๑x๒ ๑ pc เป็นระยะเวลา ๒ อาทิตย์ ให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยทราบอาการที่เกิดขึ้นหลังส่องกล้องว่าจะมีอาการชาในลำคอประมาณครึ่งชั่วโมง ให้ติดตามสังเกตภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บเวลากลืน หายใจลำบาก ปวดท้อง ไข้และถ่ายดำต้องรีบแจ้งพยาบาล ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ไม่มีอาการปวดท้องจึงได้หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ให้คำแนะนำในการรับประทานยาให้ครบ ไม่ควรซื้อยารับประทานกินเอง ต้มสุรา ซึ่งมีสาเหตุของการเกิดแผลทางเดินอาหารได้

ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา ๒ วัน มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ประเมินและติดตามสัญญาณชีพครั้งที่ อุณหภูมิ ๓๖.๕-๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ อัตรา ๖๐-๗๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘-๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๕๕-๑๔๐/๗๖-๗๙ มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation ๙๕-๙๗ % Room air แพทย์ประเมิน ไม่มีอาการปวดท้อง อาเจียน หรือถ่ายดำ แพทย์จึงพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้ยา Omeprazole (๒๐) ๑x๒ ๑ ac, Amoxicillin (๕๐๐) ๒x๒ ๑ pc, Clarithromycin (๕๐๐) ๑x๒ ๑ pc, Enalapril (๕) ๑x๑ ๑ pc, Amlolol (๕) ๒x๑ ๑ pc และนัดติดตามอาการ ๒ สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการ และเจาะเลือดดูระดับความเข้มข้นของเลือด การทำงานของ ไต และระดับเกลือแร่ในร่างกาย พยาบาลได้วางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ แนะนำความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกันการมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นได้แก่ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่นการรับประทานยาที่ไม่ตรงเวลา รสจัด รับประทานยาที่ตรงเวลาและต่อเนื่อง เมื่อมีอาการปวดด้วยสาเหตุต่างๆ หลีกเลี่ยงการรับประทานยา กลุ่มสเตียรอยด์ เมื่อเครียดส่งเสริมกิจกรรมลดความเครียด เช่น การออกกำลังกาย ฟังเพลง พุดคุยระบาย งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ หากมีอาการผิดปกติควรรมาโรงพยาบาลก่อนนัด ได้แก่ อ่อนเพลียง่าย สังเกตภาวะซีด

จากสีของเปลือกตา ปวดจุกแน่นท้อง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ถ่ายหรืออาเจียนเป็นลิ่มเลือดสด เป็นต้น และตระหนักถึงความรุนแรงของการดำเนินการของโรค เนื่องจากเมื่อมีเลือดออก อาจทำให้เกิดปัญหารุนแรงตามมา เช่น ภาวะช็อกจากการเสียเลือด และเสียชีวิต เป็นต้น เมื่อติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย ๒ ครั้งพบว่าผู้ป่วยมาตามนัด ไม่พบอาการผิดปกติ ไม่มีอาการช็อค สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ ผู้ป่วยสามารถหยุดการดื่มสุรา และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนอีก

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง

วิธีการดำเนินงาน

๑. ศึกษาและคัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกเลือดทางเดินอาหารส่วนบนที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาล บางใหญ่จำนวน ๑ ราย
๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
๓. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางด้านวิชาการเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน
๔. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ทำการศึกษา
๕. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลตามแผนการพยาบาลสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
๖. เรียบเรียงและเขียนเป็นเอกสารทางวิชาการ(กรณีศึกษา) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และมีประสบการณ์

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล
 ๒. ลดระยะการนอนโรงพยาบาล การกลับมาเป็นซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
 ๓. หน่วยงานมีแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานและเข้าถึงได้ง่าย
๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ

กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนมี ๑ ราย

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล และไม่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิม
๒. ทีมพยาบาลมีแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน
๒. เป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนความรู้ทางวิชาการและสามารถนำความรู้และกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพัฒนางานต่อไป
๓. สามารถเป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมทั้งผู้ที่สนใจแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกระดับและนักศึกษาที่มาฝึกงานหลักสูตรต่างๆ
๔. เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ชอบดื่มสุรา รับประทานอาหารรสจัด และซื้อยาแก้ปวดกลุ่ม N-SAIDs ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก
๒. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง และปฏิเสธแผนการรักษาในระยะแรก

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. โรงพยาบาลบางใหญ่ ขาดแพทย์เฉพาะทางด้านทางเดินอาหารและไม่มีเครื่องมือส่องกล้องทางเดินอาหาร ทำให้ต้องติดต่อประสานงานและพาผู้ป่วยไปส่องกล้องทางเดินอาหารที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด
๒. ผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุรา ชอบรับประทานอาหารรสจัดและซื้อยารับประทานเอง ซึ่งอาจส่งผลให้มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการสังเกตอาการเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนและให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ซื้อยามารับประทานเอง เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น เลิกดื่มสุรา การรับประทานอาหารรสจัด การรับประทานยาไม่เป็นเวลา เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น
๒. ควรมีการจัดทำแผนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อให้เป็นแนวทางแก่เจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
๓. ควรมีการจัดรูปแบบมาตรฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและต้องทบทวนรายละเอียดเนื้อหาาร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างความรู้ทางวิชาการและแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑)นางสาวช่อผกา เรียงไธสง

สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ช่อผกา เรียงไธสง
 (นางสาวช่อผกา เรียงไธสง)
 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) ๑๐ / ๓.๐ / ๖๖
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
นางสาวช่อผกา เรียงไธสง	<u>ช่อผกา เรียงไธสง</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ช.ก
 (นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)
 ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่
 วันที่...../.....3.1.๖๖.....

ลงชื่อ..... [ลายเซ็น]
 (นายสรภัญ ส่งเสริมพงษ์)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่
 วันที่...../.....15 พ.ค. 2568.....

ลงชื่อ..... [ลายเซ็น]
 (นายแพทย์ปริพนธ์ จุลเจิม)
 ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
 วันที่...../.....๒๔ พ.ค. ๒๕๖๘.....

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกันก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง แผ่นพับให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยเรื่อง เลือดออกทางเดินอาหารป้องกันได้

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต จากผลงานวิจัยของชินิซุรา รักษาเคนและสุพัตรา บัวที่.(๒๕๕๙). พบว่าผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่ามีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ ๑๐-๒๐ โดยมักจะเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาล ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดในผู้ป่วยภาวะนี้ ๑๐๐ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ ๒ เท่า ส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปถึงร้อยละ ๕๐-๗๐ มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด สำหรับข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ระบุสถิติผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นโดยตรง แต่ระบุเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรกระบบย่อยอาหาร โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ พบว่ามีอัตราจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรกระบบย่อยอาหารร้อยละ ๓๒.๕, ๓๑, ๓๓.๘, ๓๕.๕ และ ๓๓.๓ ตามลำดับ

จากข้อมูลสถิติของ Hosxp โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ย้อนหลังปี ๕ ปี ปี ๒๕๖๒- ๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร ที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยใน จำนวน ๓๕, ๒๘, ๔๙, ๔๗ และ ๘๔ รายตามลำดับพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและ นอกจากนี้ยังพบว่ามี การ กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖ พบอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ ๑, ๔, ๘, ๗, และ ๖ ตามลำดับ ซึ่งล้วนเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ขอบรับประทานอาหารหมักดอง อาหารรสจัด เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะไปซื้อยามารับประทานเอง และพบก่อนการเจ็บป่วยมักดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ทุกวัน และรับประทานยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอล มีความเครียดและความวิตกกังวลสูง การใช้ยาสแตียรอยด์ การให้ยาละลายลิ่มเลือด

ผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้จึงได้จัดทำแผ่นพับให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยเรื่อง เลือดออกทางเดินอาหารป้องกันได้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ วิธีการป้องกัน สาเหตุ และวิธีการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง สร้างทักษะการรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง โน้มน้าวสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง กิจกรรมเหล่านี้นอกจากได้ประโยชน์ในการรักษาแล้วยังเกิดประโยชน์ในการป้องกัน การเกิดเลือดออกทางเดินอาหารและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำได้ในระยะยาวด้วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญทางศัลยกรรมที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ส่วนใหญ่เกิดจากโรคแผลเปปติค กระเพาะอาหารอักเสบ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นหรือการมีเลือดออกซ้ำส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการดื่มสุรา พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด หรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการส่งเสริมภาวะสุขภาพ การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นปัจเจกบุคคล เนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมยุคปัจจุบันเกิดความแตกต่างทั้งในเรื่องของการประกอบอาชีพการรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพ ดังนั้นทั้งผู้ป่วยและครอบครัวจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การดูแลตนเองและการสังเกตอาการผิดปกติ ก่อนนำส่งโรงพยาบาล และสามารถป้องกันภาวะเลือดออกทางเดินอาหารซ้ำ ซึ่งมีการนำทฤษฎีการเรียนรู้ของบรูเนอร์ (Bruner, ๑๙๖๖ อ้าง

ถึงใน รัชชชัย ชัยเจริญกุล, ๒๕๒๘) มาใช้ กล่าวไว้ว่า “การเรียนรู้เป็นกระบวนการทางสังคมที่ผู้เรียนจะต้องลงมือปฏิบัติ และสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ทั้งนี้โดยมีพื้นฐานอยู่บนประสบการณ์หรือความรู้เดิม” ซึ่งบรูเนอร์ได้กล่าวถึงทฤษฎีในการจัดการการเรียนการสอนว่าควรประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ ๔ ประการ คือ

๑. ผู้เรียนต้องมีแรงจูงใจในกาย มีความอยากรู้ อยากเห็นสิ่งต่างๆรอบตัว โดยมีการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความอันตรายของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน

๒. โครงสร้างของบทเรียนซึ่งต้องจัดให้เหมาะสมกับผู้เรียน ซึ่งจากกรณีศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว จึงมีการจัดทำแผ่นพับ เลือดออกทางเดินอาหารป้องกันได้ ขึ้นมา

๓. การจัดลำดับความยาก – ย่างของบทเรียนโดยคำนึงถึงพัฒนาการทางสติปัญญาของผู้เรียน

๔. การเสริมแรงของผู้เรียน บรูเนอร์เชื่อว่าคนทุกคนจะมีพัฒนาการทางความรู้ความเข้าใจ โดยผ่านกระบวนการที่เรียกว่า เรียกว่า acting, imaging และ symbolizing เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไปตลอดชีวิต มิใช่ทำให้เกิดขึ้นเพียงช่วงใดช่วงหนึ่งในระยะแรกของชีวิตเท่านั้น หากผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการป้องกันการเกิดเลือดออกทางเดินอาหาร ย่อมส่งผลไม่ให้เกิดกลับมาเป็นเลือดออกทางเดินอาหารซ้ำ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนและสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

๒. เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างปกติและมีความสุขให้ยาวนานที่สุด โดยไม่ต้องมานอนโรงพยาบาล

๓. ลดความรุนแรงของโรคและอันตรายของโรค

๔. สามารถลดการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยทางเดินอาหาร

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารมีความรู้ในการป้องกันการเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๒. ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารไม่มีพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ ๐

๓. ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารไม่กลับมารักษารักษาซ้ำ ร้อยละ ๐

(ลงชื่อ) ไฉนท เพ็ญวไล

(นางสาวช่อผกา เรียงไธสง)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ๑๐ / ๗.๑ / ๖๖

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ ๔ แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวช่อผกา เรียงไธสง

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๙.....
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๘.....
๓. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๘.....
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	๙.....
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๑๐.....
รวม	๑๐๐	๙๔

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(✓) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
 () ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

ลงชื่อ..........

(นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่

วันที่...../..... 31 มี.ค. ๖8.....

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

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

ลงชื่อ.....

(นายสรภัญ ส่งเสริมพงษ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

วันที่ 15 พ.ค. 2568

ลงชื่อ.....

(นายแพทย์ปริพนธ์ จุลเจิม)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

วันที่ ๒๘ พ.ค. ๒๕๖๘

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกันก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

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

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

(.....)

(ตำแหน่ง) ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๑๑ มิ.ย. ๒๕๖๘