

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

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

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นายกานต์ วัชรกุลธรไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลขลุง งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล
๒.	นางสาวธิดาพร กลางใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแก่งหางแมว งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นายกานต์ วัชรกุลธรไทย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลขลุง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๒๙๘๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลขลุง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๒๙๘๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** เรื่อง การพัฒนาการประเมิน SEPSIS **รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”**					๑๐๐%

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. ระยะเวลาดำเนินการ

แรกรับวันที่ 7 กรกฎาคม 2567 เวลา 18.27 น.

จำหน่ายออกวันที่ 7 กรกฎาคม 2567 เวลา 19.50 น.

รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 1 ชั่วโมง 23 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน โดยมีแรงมากระทำเป็นผลให้หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เนื้อเยื่อภายในกะโหลกศีรษะ สมองเกิดรอยฟกช้ำ เป็นแผลมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อจนกระทั่งมีเลือดออกในสมอง ทั้งที่เกิดจากการแตกของกะโหลกศีรษะหรือไม่มี การแตกของกะโหลกศีรษะหมดสติหรือไม่หมดสติ ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง อาจเกิดความผิดปกติด้านร่างกาย ทำให้ร่างกายพิการ การรับรู้ สติสัมปชัญญะ อารมณ์ พฤติกรรม และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงอาจเป็นได้ทั้งชั่วคราวหรือถาวรทั้งนี้การบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีความสัมพันธ์หรือพบร่วมกันกับการบาดเจ็บของบริเวณใบหน้า (Maxillofacial injury) และการบาดเจ็บกระดูกต้นคอ (Cervical spine injury) ปัจจุบันอุบัติการณ์การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา พบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะสาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุจราจร และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและจากการรายงานความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2561 รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 31.7 คนต่อประชากรแสนคน สูงเป็นอันดับ 9 ของโลกและอันดับ 1 ในเอเชียมีผู้เสียชีวิต 22,491 คนต่อปีเฉลี่ย 60 คนต่อวันอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 30 และการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 29 สอดคล้องกับ ข้อมูลโรงพยาบาลขลุงสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษามีแนวโน้มที่สูงขึ้น จาก ปี พ.ศ.2566 ถึงปี 2567 จำนวน 229 และ 366 ราย ตามลำดับ ซึ่งได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 185 และ 230 ราย ตามลำดับ การบาดเจ็บที่ศีรษะมีอันตรายถึงแก่ชีวิตอาจทำให้มีความพิการหลงเหลือ (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2561)

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

สามารถแบ่งชนิดของการบาดเจ็บได้ 2 ชนิด คือ

1. ตามแรงที่มากระแทก

1.1 การบาดเจ็บโดยตรง (direct injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง สามารถเกิดได้ 2 แบบ คือ

1.1.1 บาดเจ็บขณะศีรษะอยู่นิ่ง (static head injury) หมายถึง การ ได้รับบาดเจ็บขณะศีรษะไม่มีการเคลื่อนไหว เกิดการบาดเจ็บเฉพาะที่ (focal injury) เช่น มีวัตถุหล่นทับศีรษะ ขณะนั่งอยู่เฉย ๆ ทำให้เกิด พยาธิสภาพต่อศีรษะบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บโดยตรง (coup lesion) เช่น หัวโน บาดเจ็บที่ผิวหนัง กะโหลกศีรษะ เยื่อบุสมอง เนื้อสมอง เส้นเลือดฉีกขาดเกิดก้อนเลือดในกะโหลกศีรษะ

1.1.2 บาดเจ็บขณะที่ศีรษะมีการเคลื่อนไหว (dynamic head injury) หมายถึง เกิดการบาดเจ็บขณะที่ศีรษะมีการเคลื่อนไหว อาจเป็นการเพิ่มความเร็ว (acceleration) หรือการลดความเร็ว (deceleration) เช่นขับรถมาความเร็วสูงแล้วชนกับเสาไฟฟ้าทำให้รถหยุดกะทันหันศีรษะของผู้ขับขี่หรือผู้ที่นั่งตอนหน้าคู่กับคนขับซึ่งไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัยฟาดกับกระจกรถเกิดแรงกระแทกทำให้ศีรษะถูกเหวี่ยงกลับเกิดพยาธิสภาพของศีรษะบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บและด้านตรงกันข้าม (countercoup injuries)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

1.2 การบาดเจ็บโดยอ้อม (indirect injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกายแล้วมีผลสะท้อนทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงกันกระแทกพื้น ทำให้ ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรงหรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่วนศีรษะขาดการรองรับ เป็นผลให้ศีรษะคว่ำไปข้างหน้าหรือหงายไปด้านหลังอย่างรวดเร็ว ชนิดนี้ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2561)

2. ตามการแตกของกะโหลกศีรษะ ประกอบด้วย

2.1 กะโหลกศีรษะแตกแบบปิด (closed head injury) กะโหลกศีรษะไม่มีรอยแตก ไม่มีรูทะลุเข้าไปถึงในเนื้อสมอง ความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นกับแรงที่มากระทำต่อศีรษะ โดยปกติเนื้อสมองจะตอบสนองต่อการบาดเจ็บเหมือนกับเนื้อเยื่อทั่วไป คือ อาจมีเนื้อสมองฉีกขาด ฟกช้ำได้

2.2 กะโหลกศีรษะแตกแบบเปิด (opened head injury) มีการแตกของกะโหลกศีรษะ ทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อสมองทั้งจากแรงที่มากระทำโดยตรงเอง และอาจเกิดอันตรายจากการติดเชื้อแทรกซ้อนจากมีการแตกของกะโหลก และการฉีกขาดของเนื้อสมอง (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2561)

พยาธิสภาพ

เมื่อมีการบาดเจ็บเกิดขึ้นจะสามารถอธิบายตามลักษณะที่เกิดการบาดเจ็บ แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. การบาดเจ็บปฐมภูมิ (primary head injuries) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดทันทีที่ศีรษะได้รับบาดเจ็บได้แก่ บาดเจ็บของหนังศีรษะ กะโหลก หรือสมอง เช่น หนังศีรษะฉีกขาด กะโหลกแตก สมองกระเทือนสมองช้ำ ซึ่งเกิดจากแรงมากระแทกโดยตรง ลักษณะของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับลักษณะของวัตถุ ความเร็ว น้ำหนัก ความแรง และทิศทางของแรงที่มากระแทกบนอวัยวะ

2. การบาดเจ็บทุติยภูมิ (secondary head injuries) เป็นภาวะแทรกซ้อนของการบาดเจ็บที่ต่อเนื่องจากการบาดเจ็บระยะแรก ซึ่งการบาดเจ็บอาจเกิดทันทีหรือหลังบาดเจ็บนับเวลาเป็นชั่วโมง วัน หรือสัปดาห์ เช่น เลือดออกเหนือชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural hematoma) เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดแดงที่เยื่อหุ้มสมอง มักจะสัมพันธ์กับการได้รับการกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะอย่างรุนแรง เนื่องจากเลือดออก (นครชัย เผื่อปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562)

อาการและอาการแสดง

1. อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (Neurological signs)

1.1 การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยจะลดลงกว่าเดิม

1.2 การเปลี่ยนแปลงอาการแสดงเฉพาะที่ทางระบบประสาท คือ การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาทั้งขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา (pupils) ต่อแสงสว่าง อาจเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง

2. อาการปวดศีรษะ ในระยะแรกที่มีความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ เพราะในโพรงกะโหลกศีรษะบริเวณที่มีประสาทรับความรู้สึกต่อความเจ็บปวด (pain sensitive structures) มีการเปลี่ยนแปลง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. อาการอาเจียน ที่พบจากความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง พบในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเกิดขึ้นในบริเวณใต้เทนทอเรียลหรือมีการกดบริเวณศูนย์ควบคุมการอาเจียนที่อยู่บริเวณเมดัลลา จะเป็นการอาเจียนแบบไม่มีการเตือนล่วงหน้า และเป็นแบบอาเจียนพุ่ง (projectile vomiting)

4. การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ในระยะแรกของความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ความดันโลหิตจะยังคงเป็นปกติ แต่ต่อมาเมื่อก้านสมองถูกรบกวนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตโดยการที่ปฏิกิริยาการขาดเลือด ซึ่งเกิดจากการที่ vasomotor center ในเมดัลลาขาดเลือด ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น (นครชัย เผื่อปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562)

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (severity of head injury) ใช้คะแนนของ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นหลักในการแบ่งความรุนแรง ดังต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild head injury) ถ้าผู้ป่วยรู้สติและมี Glasgow Coma Scale (GCS) 13-15

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) ผู้ป่วยซึมมี Glasgow Coma Scale (GCS) 9-12

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือมี Glasgow Coma Scale (GCS) 3-8 (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561)

การวินิจฉัย

1. การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางระบบประสาท Glasgow Coma Scale (GCS) เช่น การตรวจประสาทสมอง การเคลื่อนไหว ระบบรับความรู้สึก ประกอบด้วย

1.1 การลืมตา (E-eye opening) เพื่อดูกลไกการทำงานของศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวว่ามีการเสียหน้าที่จากพยาธิสภาพของสมองหรือไม่ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ลืมตาได้เอง (spontaneous opening) ให้ 4 คะแนน
- ลืมตาเมื่อเรียก (to speech) ให้ 3 คะแนน
- ลืมตาเมื่อเจ็บ (to pain) ให้ 2 คะแนน
- ไม่ลืมตาเลย (none) ให้ 1 คะแนน

1.2 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (M-motor response) โดยแบ่งเป็น 6 ระดับ ดังนี้

- ทำตามคำสั่ง (obeys commands) ให้ 6 คะแนน
- ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (purposeful movement or localizes pain) ให้ 5 คะแนน
- ชักแขน ขาหนีเมื่อเจ็บ (withdraws to pain/ non-purposeful) ให้ 4 คะแนน
- แขนงอเข้าหาตัวเมื่อเจ็บ (flexion to pain/ decorticate response) ให้ 3 คะแนน
- แขนเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ (extension to pain/ decerebrate response) ให้ 2 คะแนน
- ขางอเข้าหาตัวเมื่อเจ็บ (flexion to pain/ decorticate response) ให้ 3 คะแนน
- ขาเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ (extension to pain/ decerebrate response) ให้ 2 คะแนน
- ไม่มีการเคลื่อนไหว (no response) ให้ 1 คะแนน

1.3. การสื่อภาษา (V-verbal response) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- พูดคุยได้ไม่สับสน (oriented) ให้ 5 คะแนน
- พูดคุยได้แต่สับสน (confused) ให้ 4 คะแนน
- พูดเป็นคำ (inappropriate words) ให้ 3 คะแนน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (incomprehensible sounds) ให้ 2 คะแนน
- ไม่ออกเสียงเลย (none) ให้ 1 คะแนน

1.4 การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาในผู้ป่วยทางระบบประสาทสามารถบอกถึงอาการของผู้ป่วยซึ่งช่วยให้พยาบาลที่เฝ้าระวังติดตามสามารถเตรียมพร้อมในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที

2. การตรวจทางรังสี

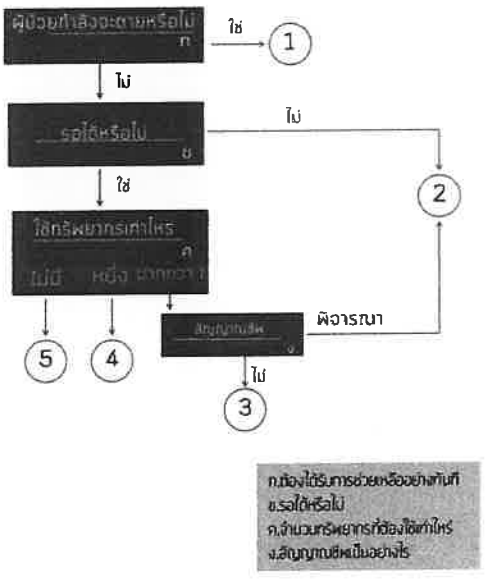
2.2 การถ่ายภาพกะโหลกศีรษะ (film skull) เพื่อตรวจดูว่ามีกะโหลกศีรษะแตกชนิดต่างๆ

2.2 การถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (computerized tomography) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการมีเลือดออกในสมองซึ่งสามารถให้รายละเอียดได้ถึงร้อยละ 80

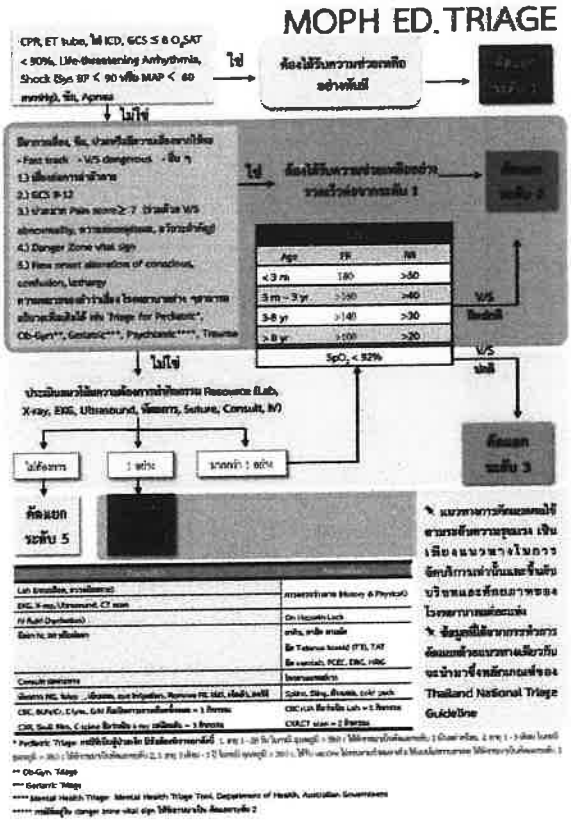
3. การตรวจสมองโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging) จะเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของไขสันหลังและการประเมินเนื้อเยื่ออ่อนได้รับการบาดเจ็บเฉพาะ และก้อนเลือดที่คั่งในโพรงประสาท (epidural hematoma) (นครชัย เผือปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562)

MOPH ED Triage

การคัดกรอง 5 ระดับ สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้การประเมินลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) ในขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะ (acuity) จะถูกใช้เพียงอย่างเดียวเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 1 หรือระดับ 2 และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 การประเมินลักษณะ (acuity) ใช้การตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขาและอวัยวะเป็นหลัก การประเมินทรัพยากรอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ของผู้ประเมิน



แนวทาง Emergency Severity Index Algorithm Version 4



3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

1. การรักษาหลักประเมินอาการของผู้ป่วยตามหลัก ABC

ประเมินอาการของผู้ป่วยตามหลัก ABC ดังนี้

1.1 ประเมินทางเดินหายใจ (A: Airway) ตรวจทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งโดยขจัดสิ่งที่อาจกีดขวางทางเดินหายใจ เช่น สิ่งแปลกปลอม อาหาร หรือน้ำที่อยู่ในปากออก รวมทั้งตรวจดูความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย บางกรณีอาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจทันทีหากประเมินแล้วพบว่ามีภาวะทางเดินหายใจอุดตัน

1.2 ประเมินการหายใจ (B: Breathing) เป็นการตรวจดูการหายใจของผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติหรือไม่ มีรอยบาดแผลบริเวณทรวงอก ฟกช้ำ มีเสียงกรอบแกรบไหม บางรายอาจต้องได้รับการใส่สายระบายลมจากช่องเยื่อหุ้มปอดจากลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด(ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561)

1.3 ประเมินระบบไหลเวียนโลหิต (C: Circulation) ความดันโลหิต อาการแสดงของภาวะช็อกเช่น ชีพจรเบาเร็วมีเลือดออกตามรยางค์ต่างๆอาจมีการให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำตามอาการผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ระบบการไหลเวียนเลือดและความดันเลือดกลับคืนสภาพปกติ หรือการเลือดอย่างรวดเร็ว

2. การรักษาด้วยยา เช่น ยาลดความดันโลหิต ยากันชัก เนื่องจากการชักจะเพิ่มเมทาบอลิซึมของสมอง เลือดจะไหลเวียนสู่สมองมากขึ้นและทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

3. การรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ได้แก่

3.1 Craniotomy เป็นการผ่าตัดโดย Bur hold แล้วเอา bone flap ออกเพื่อเปิดเยื่อหุ้มสมองคูราเอาก้อนเลือดหรือก้อนเนื้องอกออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

3.2 Craniectomy วิธีทำเหมือน Craniotomy แต่เย็บ skin flap ไว้โดยตัดกะโหลกศีรษะบางส่วนออกไป

3.3 Ventriculostomy เป็นการทำ Bur hold แล้วต่อท่อเข้าโพรงสมอง ระบายน้ำไขสันหลังลงสู่ถุงรองรับน้ำไขสันหลังภายนอกร่างกาย(พิชญา ทองโพธ์, 2561)

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระยะแรกรับ พยาบาลคัดกรองประเมิน Initial assessment ทันที และจัดระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยระดับ 1 (ฉุกเฉินวิกฤต) ดูแลให้พนักงานเปลและเจ้าหน้าที่กู้ภัยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากรถพยาบาล (BLS) โดยมีพยาบาลติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดนำส่งเข้าห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงในระยะวิกฤตจะตรวจพบการลดลงของระดับการรู้สติเป็นสิ่งแรก โดย Glasgow Coma Scale (GCS) จะไม่เกิน 8 คะแนน ผู้ป่วยมักหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยในการดูแลระบบทางเดินหายใจ (นครชัยเผื่อนปฐมและธีรเดชศรีกิจวีไลกุล, 2562) ในระยะนี้พยาบาลควรประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) ทุก 15 นาที

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยดูดเสมหะตามความจำเป็นเท่านั้นแต่ไม่ควรเว้น เกิน 4 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการยึดเกาะของเสมหะ โดยก่อนและหลังดูดควรให้ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาที ใช้เวลาดูดแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้ความดันลบ 80-122 มิลลิเมตรปรอท ดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบและเว้นช่วงพัก 10-12 วินาที (ภารณี เทพส่องแสง, วรรณลี ยอดรักษ์, และสุดศิริหิรัญชุณหะ , 2562 สังเกตความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO2) โดยให้มีค่า ≥ 85% หลังดูดเสมหะเนื่องจากการดูดกระตุ้นให้เกิดการไอ ซึ่งจะทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้นและทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure : IICP) ได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเฝ้าระวังและติดตามอาการ

3. การประเมินการเคลื่อนไหวและกำลังของแขน ขา ในผู้ป่วยที่มีก้านสมองถูกกดจะทำให้เกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure : IICP) โดยในระยะแรกจะมีการอ่อนแรงด้านตรงกันข้ามกับรอยโรค ส่วนในระยะท้ายจะไม่มีการเคลื่อนไหว หรืออาจมีอาการที่เรียกว่า Decorticate rigidity ประกอบด้วยอาการตัวเกร็ง แขนงอชิดหน้าอก กำนิ้วมือแน่นเข้าหากัน และขาเหยียดตรง หรืออาการ Decerebrate rigidity ซึ่งจะมีอาการตัวเกร็งแขนเหยียดแนบลำตัว ข้อมือเหยียดออกจากลำตัว และขาเหยียดตรงเหมือนกับ Decorticate rigidity (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

4. การประเมินขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสงโดยจะตรวจพบการเปลี่ยนแปลงเมื่อเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 (Oculomotor nerve) ถูกกด โดยในระยะแรกรูม่านตาจะขยายข้างเดียวกับรอยโรค ในระยะท้ายจะขยายทั้ง 2 ข้างและไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง

5. ประเมินบาดแผลภายนอกอื่นๆ (Exposure and environmental control) และให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายโดยการห่มผ้าให้กับผู้ป่วย

6. การประเมินสัญญาณชีพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในระยะท้ายจะมีกลุ่มอาการที่เรียกว่า Cushing's triad ซึ่งเกิดจากมีแรงกดที่ก้านสมองส่วนควบคุมสัญญาณชีพ ซึ่งจะตรวจพบลักษณะความดันโลหิตช่วงบน (Systolic blood pressure) สูงขึ้น ในขณะที่มีความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic blood pressure) ลดลงหรือเท่าเดิมทำให้แรงดันชีพจร (Pulse pressure) กว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หายใจไม่สม่ำเสมอและหัวใจเต้นน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที (Lewis, Bucher, Heitkemper, & Harding,2017) และจะพบอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น โดยอุณหภูมิที่เพิ่มจากปกติทุก 1 องศาเซลเซียส จะทำให้สมองใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7 (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2560) ดังนั้น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ รุนแรงที่มีไข้ทุกรายต้องได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

7. ดูแลให้ยาควบคุมความดันโลหิต โดยรักษาระดับความดันโลหิตช่วงบนให้มีค่าไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันเลือดออกในสมอง (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) ร่วมกับเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำโดย หากความดันโลหิตช่วงบนมีค่าน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท จะเป็นเหตุให้ความดันในการกำซาบเนื้อเยื่อสมอง (Cerebral perfusion pressure [CPP]) ลดลง ส่งผลให้สมองขาดเลือดได้ (โสพรรณ โพทะย, 2562)

8. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว (Capillary blood glucose) และรักษาระดับ ให้มีค่า 80-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) เนื่องจากเมื่อสมองได้รับบาดเจ็บจะ กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและระบบฮอร์โมนทำให้น้ำตาลในเลือดสูง (โสพรรณ โพทะยะ, 2562) ส่งผลให้มีภาวะสมองขาดเลือดมากขึ้น สมองบวมและมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure : IICP)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤต

1. การประเมินสภาพ (Nursing assessment)

1.1 การซักประวัติการเจ็บป่วย

1.2 การตรวจร่างกายทั่วไป

1.3 การตรวจประเมินระบบประสาท

1.4 การประเมินระดับความรู้สึกตัว

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตโดยมีภาวะคุกคามต่อชีวิต

2.1 เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและได้รับอุบัติเหตุทางสมอง

2.2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะรุนแรงเพิ่มขึ้นขณะส่งต่อผู้ป่วย

2.3 ญาติผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลจากสภาพความเจ็บป่วย

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing plan) มีการกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉิน

3.1 มุ่งเน้นการดูแลเฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัวควบคู่กับการป้องกันแก้ไขภาวะช็อก

3.2 ปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตามหลักการพยาบาลวิกฤตฉุกเฉินและสอดคล้องกับแผนการ รักษาของแพทย์ทุกขั้นตอน

3.3 เฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ สัญญาณประสาทอย่างสม่ำเสมอ

3.4 ให้ข้อมูลแผนการรักษาต่อเนื่องและบรรเทาความวิตกกังวลให้แก่ญาติผู้ป่วย

3.5 การประสานกับทีมการพยาบาลแม่ข่าย เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้อย่างรวดเร็ว

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation) มีการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา ดังนี้

4.1 ป้องกันความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและได้รับอุบัติเหตุทางสมอง

4.2 ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรุนแรงเพิ่มขึ้นขณะส่งต่อผู้ป่วย

5. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation)

5.1 ผู้ป่วยอาการคงที่โดยพบว่า ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ สัญญาณประสาทเท่าเดิมกับในระยะแรกรับ

5.2 บาดแผลในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้รับการเย็บ ตกแต่ง และ stop bleeding ทำให้ไม่มีเลือดออกเพิ่ม

5.3 ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลแผนการรักษาอย่างชัดเจน ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือดี

5.4 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว (วารี มุสิกะวัน, 2560)

ISBAR เป็นแนวทางในการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีกรอบในการสื่อสารเพิ่มความชัดเจนครบถ้วนของข้อมูล มี 5 ขั้นตอน ได้แก่

I: Identify การระบุชื่อ ระบุตัวผู้รายงาน/ตัวผู้ป่วย

S: Situation สถานการณ์ผู้ป่วยที่ต้องรายงาน/ที่ต้องส่งเวร

B: Background ข้อมูลภูมิหลังสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วย

A: Assessment การประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยของพยาบาล และ

R: Recommendation ข้อแนะนำหรือความต้องการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การบาดเจ็บของกระดูกข้อมือ (Radius Fracture) (ประภัสสร พิมพา และคณะ. 2562)

หมายถึง ภาวะที่มีการแยกหรือแตกของแนวกระดูกเรเดียส ซึ่งเป็นกระดูกท่อนปลายแขนด้านนิ้วหัวแม่มือ เกิดจากแรงกระทำมากกว่าความแข็งแรงของกระดูก เช่น การหกล้มยันมือการกระแทกโดยตรงหรืออุบัติเหตุแรงสูง

ประเภทของการหัก

1. **กระดูกหักแบบปิด (Closed fracture)**

หมายถึง ภาวะที่กระดูกมีการแตกหัก แต่ไม่มีการทะลุผ่านผิวหนังออกมาภายนอก ทำให้ไม่มีบาดแผลเปิดที่บริเวณที่หัก

สาเหตุ สาเหตุทั่วไปมักเกิดจากแรงกระแทกที่ไม่รุนแรงมาก เช่น การหกล้ม อุบัติเหตุรถยนต์ หรือการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา

อาการ อาการที่พบได้แก่ อาการปวด บวม และผิดรูปที่บริเวณที่หัก อาจรู้สึกได้ถึงเสียงหรือความรู้สึกคล้ายกระดูกเสียดสีกันภายใน

ความเสี่ยง มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกระดูกหักแบบเปิด เพราะเนื้อเยื่อและผิวหนังยังคงสมบูรณ์

การรักษา การรักษาหลักคือการจัดกระดูกให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม แล้วใช้เฝือกเพื่อประคองและตรึงกระดูกให้อยู่กับที่เพื่อให้กระดูกสมานกันเอง หากกระดูกมีการเคลื่อนที่มาก อาจจำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อใช้โลหะดามกระดูก

2. **กระดูกหักแบบเปิด (Open fracture)**

หมายถึง ภาวะที่กระดูกที่หักทะลุผ่านผิวหนังออกมาภายนอก ทำให้เกิดบาดแผลเปิดที่บริเวณที่หัก อาจมองเห็นปลายกระดูกโผล่ออกมาหรือไม่ก็ได้

สาเหตุ มักเกิดจากอุบัติเหตุที่มีแรงกระแทกสูง เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ การตกจากที่สูง หรือการบาดเจ็บที่รุนแรง

อาการ มีอาการปวด บวม และผิดรูปอย่างรุนแรง และมีบาดแผลเปิดที่อาจมีเลือดออกมาก

ความเสี่ยง ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การติดเชื้อที่กระดูก (Osteomyelitis) และอาจต้องตัดอวัยวะในกรณีที่รุนแรงมาก

การรักษา ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หลังจากนั้นจะต้องทำการผ่าตัดเพื่อทำความสะอาดบาดแผลและเนื้อเยื่อที่เสียหาย รวมถึงการผ่าตัดดามกระดูกเพื่อตรึงกระดูกให้อยู่กับที่

ภาวะแทรกซ้อน Compartment syndrome เป็นภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง ความดันที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในเนื้อเยื่อ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดลดลงหรือหยุดลง และทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารที่จำเป็น สามารถพบได้ทั้งในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง หากมีอาการรุนแรงจนไม่มีเลือดไปเลี้ยงเซลล์ของกล้ามเนื้อ ก็อาจนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะ การติดเชื้อในกระแสเลือด และการเสียชีวิตได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สาเหตุ ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง ได้แก่ กระดูกหัก การได้รับบาดเจ็บต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดอาการบวมของกล้ามเนื้อหรือมีเลือดออก รวมถึง การกดทับจากการรัดของเฝือกหรือการพันผ้า

อาการ ของภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง เป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทและหลอดเลือด ที่ผิดปกติ สามารถประเมินอาการโดยใช้หลัก 5P ดังนี้

1. Pain – อาการปวดแบบแสบร้อนรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ แม้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดก็ตาม แต่อาการก็ยังไม่ทุเลาสามารถประเมินได้จากการสังเกตหรือการสอบถาม

2. Paresthesia – อาการชา อ่อนแรง เกิดจากระบบประสาทส่วนปลายถูกกดหรือขาดเลือดไปเลี้ยง สามารถประเมิน ได้จากการรับสัมผัสบริเวณส่วนต้นและส่วนปลายของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

3. Pulseless – ไม่มีชีพจร สามารถประเมินได้จากการคลำชีพจรส่วนปลายของส่วนที่ผิดปกติ

4. Pallor – การซีด เกิดจากเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายลดลง สามารถประเมินได้จากสีผิว ริมฝีปาก เปลือกตา และเล็บ

5. Paralysis – อาการอัมพาตของกล้ามเนื้อ เกิดจากระบบประสาทและหลอดเลือดส่วนปลายขาดเลือดไปเลี้ยง สามารถประเมินได้จากการเคลื่อนไหวหรือขยับนิ้ว

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูก Radius หัก

ประเมินอาการบาดเจ็บเฉพาะที่ ลักษณะบวมผิดรูป, สีผิว, การรับรู้ความรู้สึก, Capillary refill, การเคลื่อนไหว (ตรวจ distal circulation)

1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยห้ามขยับแขนโดยไม่จำเป็น หาไม้ดามแขน เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวจัดท่าให้แขนอยู่สูงกว่าระดับหัวใจ

2. ดูแลประคบเย็นใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อลดอาการบวม

3. ให้ยาแก้ปวด หรือยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาแพทย์

4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง โดยใช้หลัก 5P

5. จัดแขนให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม ไม่ให้แขนห้อยต่ำ

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในปฏิบัติตัวและดูแลตัวเองเมื่อใส่เฝือก รวมถึงแนะนำการบริหารนิ้วมือบ่อย ๆ เพื่อป้องกันข้อติด

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา

นางสาว พลอยจันทร์ ภูมิผล

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 15 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด อาชีพ นักเรียน สิทธิ พ.ร.บ รถ

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เวลา 18.27 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เวลา 19.50 น.

รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแล

1 ชั่วโมง 23 นาที

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แหล่งที่มาของข้อมูล

การซักประวัติผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ขี่จักรยานยนต์ชนรถตู้ 15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

15 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่าขี่รถจักรยานยนต์ชนรถตู้ สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดบริเวณชายโครงขวา ปวดข้อมือซ้าย มีแผลถลอกที่เข่าซ้ายและหน้าผากเล็กน้อยกว้าง 2 เซนติเมตร ยาว 2 เซนติเมตร จึงมาโรงพยาบาล การรักษาที่ผ่านมา ไม่ได้รับการรักษา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการผ่าตัด

ปฏิเสธ

ประวัติการแพ้ยา-แพ้อาหาร

ปฏิเสธ

ประวัติการใช้สารเสพติด

ปฏิเสธการใช้ยาและสารเสพติด

ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค

ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์

ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ผู้หญิงไทย รูปร่างสมส่วน ผิวขาว รู้สึกตัวดี E4V5M6 น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 21.48 กก./ม.

ผิวหนัง : ผิวขาว ลักษณะเป็นคนผิวแห้ง ผิวหนังไม่ซีด ไม่มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง ไม่มีจ้ำเลือด มีแผลถลอกที่เข่าซ้ายและหน้าผาก กว้าง 2 เซนติเมตร ยาว 2 เซนติเมตร ไม่มีก้อนผิดปกติ

ศีรษะ : รูปร่างปกติ มีความสมมาตร กะโหลกศีรษะเรียบ ไม่มีแผลฉีกขาด

ตา : ตาและคิ้ว สมมาตรกันดี รูม่านตาข้างขวา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี มองเห็นปกติ รูม่านตาข้างซ้าย 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า เปลือกตาไม่ซีด

หู : รูปร่างปกติ ลักษณะใบหูสมมาตรเท่ากันทั้งสองข้าง การได้ยินปกติทั้งสองข้าง ต่อมน้ำเหลืองหน้าหูและหลังหูไม่โต

จมูก : รูปร่างปกติ การรับกลิ่นปกติ เยื่อบุจมูกสีชมพูไม่บวม ไม่มีกดเจ็บบริเวณไซนัส

ปากและลำคอ : ริมฝีปากน้ำตาล ไม่แห้ง ลักษณะขากรรไกรปกติ ทอลซิลไม่โต ไม่มีจุดหนอง ไม่มีแผลในปาก เหงือก ไม่อักเสบ ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ต่อมไทรอยด์ไม่โต

คอ : สมมาตร ไม่มีบวมโต หลอดลมอยู่ตรงกลางคอ ต่อมไทรอยด์ไม่โต คลำไม่พบก้อน

ต่อมน้ำเหลือง : ไม่พบก้อน คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง กดไม่เจ็บ

ทรวงอกและปอด : ทรวงอกรูปร่างปกติ การเคลื่อนไหวและขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ลักษณะการหายใจ ไม่หอบลึก อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยตามระบบ (ต่อ)

หัวใจและหลอดเลือด : หัวใจเต้นเร็ว ชีพจร 124 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ฟังไม่พบเสียงหัวใจผิดปกติ

ช่องท้อง : ไม่พบรอยแผลผ่าตัด อัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ 6 ครั้งต่อนาที บริเวณหน้าท้องไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มีความผิดปกติของผนังหน้าท้องเคลื่อนไหวเป็นปกติตามการหายใจ คลำไม่พบก้อน

การตรวจทางระบบประสาท : ซึม E4V5M6 ไม่พบหนังตาตก ช่องว่างระหว่างเปลือกตาบนและเปลือกตาล่างที่เปิดอยู่ เมื่อลืมตา 0.7 เซนติเมตร รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ตอบสนองต่อแสง ไม่มีแขน - ขาอ่อนแรง

ทางเดินปัสสาวะ : สามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีแสบขัด

กล้ามเนื้อและข้อ : บริเวณข้อต่างๆไม่มีบวมและอักเสบ เคลื่อนไหวได้ปกติ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ไม่มี

การตรวจทางรังสีรักษา

film chest : not seen rib fracture , no pneumo-hemothorax

film pelvis : not seen pelvis fracture

film Left wrist : fracture Left DER, intraarticular involvement

film Left knee : not seen Knee fracture

การวินิจฉัยของแพทย์

Mild TBI Mod Risk c Cfx. Lt. DER

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนถึงการจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เวลา 18.27 น. 15 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่าขี่รถจักรยานยนต์ชนรถตู้ สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดชายโครงขวา ปวดข้อมือขวา มีแผลถลอกที่เข่าซ้ายและหน้าผากเล็กน้อย 2x2 เซนติเมตร จึงมารพ. การรักษาที่ผ่านมา ไม่ได้รับการรักษา

แรกรับที่ห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 15 ปี มาโดยรถนอน ผู้ป่วย Glasgow Coma Score E4V5M6 pupil Rt 3 mm reactive to light /Lt 3 mm reactive to light, Film Pelvis AP: not seen pelvis fracture , film Lt wrist: fracture Left DER, intraarticular involvement, no pneumo - hemothorax, film Lt knee: not seen Knee fracture, FAST Negative เวลา 18.40 น. ลักษณะสีผิวขาว ไม่มีจุดจ้ำเลือดผิดปกติ มีแผลฉีกขาดตามร่างกาย มีปวดบริเวณข้อมือซ้าย เดินได้ปกติ หายใจสม่ำเสมอดี ไม่หอบเหนื่อย หายใจ no chest wall retraction อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ฟังปอดได้เสียง Clear BL , good air entry, no crepitation SpO2 Room air 98% เจาะ DTX แรกรับได้ 102 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร IV 80 ml/hr. และใส่ U Slab ขณะรออยู่ในห้องฉุกเฉินไม่มีอาการผิดปกติ แพทย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลศูนย์รับเคสเพื่อไป CT Brain

สรุปอาการและอาการแสดง การรักษาและการพยาบาลก่อนนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วย Glasgow Coma Score E4V5M6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 91 ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/93 มิลลิเมตรปรอท

จำหน่ายจากการดูแล วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เวลา 18.27 น. รวมระยะเวลาการดูแล 1 ชั่วโมง 23 นาที

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. มีภาวะปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและมีกระดูกแขนข้างขวาหัก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ผู้ป่วยและญาติมีภาวะเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุและส่งตัวรักษาต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรถจักรยานยนต์ชนรถตู้ สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้
2. มีแผลถลอกที่หน้าผากเล็กน้อย 2 เซนติเมตร ยาว 2 เซนติเมตร
3. ผู้ป่วยไม่ได้สวมหมวกกันน็อค

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลง GCS 14-15 และ รูม่านตาไม่เปลี่ยนแปลง pupil Rt 3 mm reactive to light /Lt 3 mm reactive to light
2. ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวจากรพช.ไปรพศ.เพื่อทำ CT brain with C-spine
3. ความดันโลหิต น้อยกว่า 180/100 mmHg
4. อุณหภูมิร่างกายอยู่ไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหวและกำลังของแขน ขา ประเมิน GCS=15 คะแนน motor power Gr. V all pupil Rt 3 mm reactive to light Lt 3 mm reactive to light สงสัยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ รายงานแพทย์เพื่อทำเรื่อง refer ไปโรงพยาบาลศูนย์ทำ CT brain with C-spine และรับการรักษาต่อ
2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มอาการ Cushing's triad คือ ความดันโลหิตตัวมากกว่า180 มิลิลิเมตรปรอท, หัวใจเต้นช้าลงน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที แรกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาองศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 91 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/93 มิลลิเมตรปรอท
3. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์และดูแลจัดท่านอนราบ on Head collar และ Long spinal board เพื่อป้องกันการบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ
4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร IV 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ประเมินบาดแผล ดูแลล้างแผลถลอกตามร่างกายและดูแลห่มผ้าให้ผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

1.ประเมิน Glasgow Coma Score ได้ E4V5M6, pupil Rt 2 mm reactive to light และ Lt 2 mm reactive to light ตลอดที่อยู่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2.โรงพยาบาลศูนย์ตอบรับผู้ป่วยลงที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อทำ CT brain with C-spine และรับการรักษาต่อไป

3. แรกรับสัญญาณชีพ ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 91 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/93 มิลลิเมตรปรอท

4.อุณหภูมิร่างกายอยู่ที่ 36.8 องศาเซลเซียส

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2. มีภาวะปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและมีกระดูกแขนข้างซ้ายหัก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแขนขวา มีสีหน้าแสดงความเจ็บปวดเวลาพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่านอน
2. ประเมินระดับความปวด pain score ได้ 4/10 คะแนน
3. ผล X-ray พบ Fracture Radius

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อบรรเทาอาการปวดและผู้ป่วยสามารถนอนพักได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกอาการปวดบริเวณแขนขวา ลดลง ระดับคะแนนความปวด (pain score) ลดลงอย่างน้อย 2 คะแนน
2. ผู้ป่วยสามารถนอนพักได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวด โดยใช้เครื่องมือวัดความปวดแบบ Numerical Rating Scale (NRS) ควรทำอย่างน้อย ทุก 15 นาที และบันทึกพร้อมสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะนำส่งผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย
2. จัดท่านอนให้อยู่ในท่ายกศีรษะสูง 30 องศา (Semi-Fowler's Position) หรือท่าที่สุขสบาย
3. แนะนำสอนการฝึกผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้า-ออกช้าๆ ลึกๆ ขณะหายใจเข้าให้เกร็งกล้ามเนื้อกะบังลมไว้และคลายเมื่อหายใจออก

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถนอนพักได้ บรรเทาอาการปวด Pain Score = 2-3

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3. ผู้ป่วยและญาติมีภาวะเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุและส่งตัวรักษาต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และโอกาสเสียชีวิตของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติที่แสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง และคำพูด เพื่อประเมินความวิตกกังวล
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะ โดยใช้ถ้อยคำที่สุภาพ เข้าใจง่าย

1. เปิดโอกาสให้ญาติได้คุยกับแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการ และการรักษาของผู้ป่วย ตลอดการรักษา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยญาติทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย มีความวิตกกังวลลดลง

สรุปกรณีศึกษา

วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เวลา 18.27 น. 15 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่าขี่รถจักรยานยนต์ชนรถตู้ สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดชายโครงขวา ปวดข้อมือขวา มีแผลถลอกที่เข่าซ้ายและหน้าผากเล็กน้อย 2x2 เซนติเมตร จึงมารพ. การรักษาที่ผ่านมา ไม่ได้รับการรักษา

แรกรับที่ห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 15 ปี มาโดยรถนอน ผู้ป่วย Glasgow Coma Score E4V5M6 pupil Rt 3 mm reactive to light /Lt 3 mm reactive to light, Film Pelvis AP : not seen pelvis fracture , film Lt wrist: fracture Left DER, intraarticular involvement, no pneumo - hemothorax, film Lt knee: not seen Knee fracture, FAST Negative เวลา 18.40 น. ลักษณะสีผิวขาว ไม่มีจุดจ้ำเลือดผิดปกติ มีแผลฉีกขาดตามร่างกาย มีปวดบริเวณข้อมือซ้าย เดินได้ปกติ หายใจสม่ำเสมอดี ไม่หอบเหนื่อย หายใจ no chest wall retraction อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ฟังปอดได้เสียง Clear BL, good air entry, no crepitation SpO2 Room air 98% เจาะ DTX แรกรับได้ 102 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร IV 80 ml/hr. และใส่ U Slab ขณะรออยู่ในห้องฉุกเฉินไม่มีอาการผิดปกติ แพทย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลศูนย์รับเคสเพื่อไป CT Brain

สรุปอาการและอาการแสดง การรักษาและการพยาบาลก่อนนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วย Glasgow Coma Score E4V5M6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 91 ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/93 มิลลิเมตรปรอท

จำหน่ายจากการดูแล วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เวลา 19.50 น. รวมระยะเวลาการดูแล 1 ชั่วโมง 23 นาทีพร้อมให้การช่วยหายใจด้วยอัตรา 10 ครั้งต่อนาที ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา โดยเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินและพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ดูแลระหว่างการส่งต่อ ตลอดระยะเวลาการดูแล

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 เลือกกรณีศึกษา ที่มีรายโรคที่น่าสนใจ พบบ่อยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา และประวัติอื่นๆที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย

4.2.3 ศึกษาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เปรียบเทียบกับทฤษฎีและแผนการรักษาของแพทย์

4.2.4 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการจากตำรา เอกสารต่างๆที่เกี่ยวกับโรค สภาวะของโรค

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ และนำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่ศึกษาและประเมินผลตามแผนการพยาบาล

4.2.7 สรุปผลปฏิบัติการพยาบาล

4.2.8 รวบรวมจัดเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้อง แก้ไขและจัดพิมพ์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับพยาบาลในหน่วยงานต่อไป

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 1 ราย
ตั้งแต่วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2568 เวลา 18.27 น.ถึง วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2568 เวลา 19.50 น.
รวมรับไว้ในความดูแล 1 ชั่วโมง 23 นาที

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเฉพาะรายผู้ป่วยได้รับการคัดแยกตามระดับความรุนแรงโดยใช้ MOPH.ED.TRIAGE ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้คัดแยกอยู่ในระดับ 2 มีอาการเสี่ยง New onset alteration of conscious ซึ่งต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วต่อจากระดับ 1 ทำการซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อประเมินวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจให้ การรักษาที่จำเป็นเร่งด่วนในภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับการรักษาในภาวะฉุกเฉินวิกฤต และประสานความร่วมมือกับบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์โดยการสื่อสารใช้หลัก ISBAR ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางไปยังโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีอย่างปลอดภัย เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการตรวจพิเศษ (CT Scan) เพื่อค้นหาภาวะผิดปกติเนื่องมาจากการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยอาจ เกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีเลือดออกได้สมองได้ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้พบว่า หลังจากได้รับการตรวจพิเศษ (CT Scan) แล้วไม่พบเลือดออกในสมอง

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 นำความรู้จากการศึกษาค้นคว้าเรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมองจากอุบัติเหตุ มาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้บาดเจ็บปลอดภัยและลดความรุนแรงขณะส่งต่อ

6.2 นำความรู้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ประสบอุบัติเหตุจากขี่จักรยานยนต์ชนรถตู้ สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ทำให้การสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยในระยะแรกทำได้ยาก ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลให้เกิดการล่าช้า จึงต้องสอบถามข้อมูลจากญาติ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากมีผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับการรักษาหลายรายพร้อมกัน ทำให้การให้บริการในโซนผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) อาจเกิดความล่าช้าและผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพหรือทำหัตถการพร้อมกัน ร่วมกับแพทย์ต้อดำเนินการวินิจฉัยโรคและรอผลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยต้องชะลออยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินนานกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พัฒนาระบบการใช้ ISBAR ในการรับส่งต่อผู้ป่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

9.2 เสนอผู้บริหารจัดบริการ CT Scan ที่รพ.ชุมชน ให้สามารถประเมินและวินิจฉัยเบื้องต้นในผู้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้ทันทีและรวดเร็วโดยไม่ต้องส่งต่อ

9.3 ถ้ามีกรณีที่สอบถามประวัติจากผู้ป่วยได้ยาก ให้สอบถามจากญาติหรือหน่วยกู้ชีพที่นำมาส่งครั้งแรก

9.4 ถ้ามีกรณีที่มีผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินจำนวนมาก ให้ทำการคัดแยกความรุนแรงและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นายกานต์ วัชรกุลธรไทย สัดส่วนผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายกานต์ วัชรกุลธรไทย) ผู้ขอประเมิน

(วันที่) 19 / ส.ค. / 19

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายกานต์ วัชรกุลธรไทย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางมณฑาทิพย์ พงศ์วิฑูรย์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลขลุง

(วันที่) 19 / ส.ค. / 69

(ลงชื่อ) .....

(นายพรมมินทร์ ไกรยสินธ์)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขลุง

(วันที่) 19 / ส.ค. / 69

แบบข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาการประเมิน SEPSIS

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีจะนำไปสู่ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบและเสียชีวิตได้ ห้องฉุกเฉินจึงเป็นจุดคัดกรองและดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นด่านแรกในการประเมินอาการ วินิจฉัยเบื้องต้น และเริ่มต้นการรักษาอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ในห้องฉุกเฉินยังอาจประสบปัญหาความล่าช้าในการคัดกรอง การประเมินอาการที่ไม่ครอบคลุม หรือความไม่สม่ำเสมอในการใช้เกณฑ์การวินิจฉัย ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมภายในระยะเวลาที่กำหนด การพัฒนาระบบการประเมิน Sepsis ที่มีมาตรฐาน ชัดเจน และสอดคล้องกับแนวทางการรักษาในปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การพัฒนาการประเมิน Sepsis ในห้องฉุกเฉินจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถคัดกรองและระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ เพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจทางคลินิก ลดระยะเวลาในการเริ่มต้นการรักษา และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การพัฒนาการประเมิน Sepsis ในห้องฉุกเฉินจึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ และสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

ภาวะ Sepsis เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องอาศัยการวินิจฉัยและการเริ่มรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในห้องฉุกเฉินซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก ความเร่งด่วนสูง และความซับซ้อนของอาการผู้ป่วยหลากหลาย การพัฒนาการประเมิน Sepsis จึงควรมุ่งเน้นการคัดกรองเชิงรุก (Early Detection) และการดูแลแบบเป็นระบบ (Systematic Approach) เพื่อลดความล่าช้าและความคลาดเคลื่อนในการประเมินอาการ ซึ่งจากการปฏิบัติงานในปัจจุบัน SOS Score มีความไว (Sensitivity) สูงในการจับสัญญาณชีพที่ผิดปกติ แต่บ่อยครั้งมันกว้างเกินไป (Non-specific) ทำให้เกิดความล่าช้าในการคัดกรองเฉพาะเจาะจง หรือบางครั้งคนไข้ Sepsis ที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจไม่ได้มีไข้สูงหรือความดันตกแบบเฉียบพลัน ทำให้หลุดรอดการประเมินช่วงแรกไปได้ ผู้ป่วย Sepsis บางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ อาจมีอาการทางคลินิกที่ไม่ตรงไปตรงมา (Atypical presentation) เช่น มีเพียงอาการซึม สับสน หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ซึ่งหากใช้ SOS Score เพียงอย่างเดียว คะแนนอาจไม่ถึงเกณฑ์การตามแพทย์ ทำให้รักษาล่าช้า

3.2 แนวคิด

แนวความคิดหลักของโครงการคือการพัฒนาแนวทางการประเมิน Sepsis ที่มีความชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของห้องฉุกเฉิน โดยอาจประยุกต์ใช้เครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสม เช่น การประเมินสัญญาณชีพร่วมกับเกณฑ์ชี้วัดภาวะติดเชื้อ การประเมินระดับความรู้สึกตัว และการประเมินการทำงานของอวัยวะสำคัญ เพื่อให้บุคลากรสามารถระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ข้อเสนอของโครงการคือการพัฒนาระบบการประเมิน Sepsis ที่เชื่อมโยงการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรอง การประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ไปจนถึงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ควรมีการเสริมสร้างความรู้

ความเข้าใจ และทักษะของบุคลากรผ่านการอบรมและการทบทวนแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของการพัฒนา ปัญหาที่พบการลงข้อมูลผู้ป่วยนั้นแบบเก่า ผู้ป่วย Sepsis ที่มารับบริการส่วนใหญ่มักมาจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ แผลกดทับติดเชื้อ และการติดเชื้อจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายสวนปัสสาวะ โดยเฉพาะในผู้ป่วยติดเตียงและผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการไม่ชัดเจน เช่น ซึม เบื่ออาหาร สับสน หรือมีไข้ต่ำ ทำให้การวินิจฉัยล่าช้า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดและถ้าขาดความรู้และทักษะไม่ทราบสัญญาณเตือนการติดเชื้อทำให้ล่าช้าต่อการพามาโรงพยาบาล

3.3 ข้อเสนอ

โรงพยาบาลจึงพัฒนา ระบบคัดกรอง Sepsis ตั้งแต่ด่านหน้า โดยใช้เกณฑ์ SOS qSOFA ในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วย พร้อมกำหนดแนวทางเพื่อให้สามารถประเมิน วินิจฉัย และเริ่มการรักษาได้รวดเร็ว เช่น การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การให้สารน้ำตามแนวทาง และการติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด เนื่องจากโรงพยาบาลมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลจึงมุ่งเน้นการ Stabilization ผู้ป่วย Sepsis อย่างเป็นระบบ การดูแลทางเดินหายใจ การควบคุมแหล่งติดเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการประสานส่งต่อผู้ป่วย Sepsis รุนแรงไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายตามระบบ Service Plan อย่างทันท่วงที ในระยะต่อเนื่อง โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับ การป้องกัน Sepsis ในผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง ผ่านระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รพ.สต. อสม. และผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ลดการกลับมานอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ Sepsis โดยนำข้อมูลของผู้ป่วยโดยการดูสัญญาณชีพต่างๆมาเทียบกับตารางคะแนนที่ออกมาแบบมาให้ใช้คู่กันในหน้าเดียว ที่สามารถดูได้ง่ายและสามารถคิดค่าได้อย่างรวดเร็ว และนำมาใส่ได้ในทันที สามารถคัดกรองและรายงานแพทย์ได้ทันที ประหยัดเวลา รวดเร็ว เช่น การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การให้สารน้ำตามแนวทาง และการติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด เนื่องจากโรงพยาบาลมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลจึงมุ่งเน้นการ Stabilization ผู้ป่วย Sepsis อย่างเป็นระบบ การดูแลทางเดินหายใจ การควบคุมแหล่งติดเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการประสานส่งต่อผู้ป่วย Sepsis รุนแรงไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายตามระบบ Service Plan อย่างทันท่วงที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความล่าช้าเพิ่มความรวดเร็วในวินิจฉัยและรักษาโรค SEPSISเพื่อลดความล่าช้าเพิ่มความรวดเร็วในวินิจฉัยและรักษาโรค SEPSIS

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนกันยายน 2569 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2570

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลขลุง

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน					
	ก.ย.69	ต.ค.69	พ.ย.69	ธ.ค.69	ม.ค.70	ก.พ.70
1. ประชุม ชี้แจงกับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน	←	→				
2. รวมรวมข้อมูลผู้ป่วย SEPSIS ย้อนหลังและนำข้อมูลมาวิเคราะห์	←	→				
3. จัดทำ qSOFA + SOS Score และเริ่มใช้งาน	←	→	→	→	→	→
4. นำข้อมูลผู้ป่วยหลังใช้งานมาวิเคราะห์	←	→	→	→	→	→

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 หน่วยงานมีอุปกรณ์การคัดกรอง SEPSIS ไว้ใช้

4.2 ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยล่าช้า

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 หน่วยงานมีอุปกรณ์การคัดกรอง SEPSIS

5.2 ผู้ใช้งานจริงมีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....

(นายกานต์ วัชรกุลธรไทย) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ....19.../...ส.ค.../....69.....

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวธิดาพร กลางใจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแก่งหางแมว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๗๒๗๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแก่งหางแมว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)	๒๗๒๗๘	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** เรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย **รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”**					๑๐๐%

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

๒. ระยะเวลาดำเนินการ : ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ - ๑๖ เมษายน ๒๕๖๙

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยพบว่ามีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรังและภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมักมีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสม มีค่าการทำงาน ของไตลดลง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัวและระบบบริการสาธารณสุข จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเร็วยิ่งขึ้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การประเมินการทำงานของไต การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาอย่างเหมาะสม ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลแก่งหางแมว ย้อนหลัง ๓ ปี พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๒๑๔ ราย ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๒๓๓ ราย และปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จำนวน ๒๔๔ ราย (Health Data Center, ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสม มีค่า HbA1c สูงกว่าเกณฑ์ รวมถึงมีค่าการทำงานของไตลดลง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรงและต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น

โรคไตเรื้อรังยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เพราะทำให้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไตทั่วโลกเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕) ซึ่งผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ต้องสำรองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกิดผลกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน และสิ่งสำคัญที่สุด คือผู้ป่วยจะไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติหากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและประเทศชาติ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานอย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของไต เพื่อไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย และทำให้เกิดความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจมากกว่าการสูญเสียทรัพยากรไปใช้ในการรักษาระยะท้ายของโรค การป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก สามารถป้องกันได้ในระดับปฐมภูมิ วิธีการที่จะสามารถพบผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้จากการคัดกรองที่คลินิกโรคเบาหวานจึงทำให้การจัดการให้ความรู้ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด รวมไปถึงยังไม่มีการให้ความรู้เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ป่วยจึงขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวานและเค็ม ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะอ้วนและเครียด รวมทั้งการสูบบุหรี่ ดังนั้นเมื่อมีการตรวจพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ ๔ และ ๕ ที่ต้องแยกคลินิกและเข้าสู่ระยะการบำบัดทดแทนไตไปแล้ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะทำการคัดกรองโรคไตเรื้อรังร่วมกับแพทย์โดยติดตามผลการดำเนินของโรคว่าอยู่ในระยะใด เพื่อวางแผนการป้องกันการลุกลามของโรคได้อย่างเหมาะสม และให้การพยาบาลอาการแทรกซ้อน เพื่อป้องกันการพิการหรือ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องเข้าใจการดำเนินโรคที่มีสาเหตุมาจากเบาหวานและประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตจากโรคเบาหวานโดยมุ่งหวังในการป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต ช่วยยืดระยะเวลาในการบำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ขอประเมินผลงานปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยตรง ตั้งแต่การคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไต รวมถึงการประสานงานกับทีม สหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผู้ขอประเมินจึงมีความสนใจศึกษากรณีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และแนวทางการพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ช่วยชะลอการเสื่อมของไต ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

๓.๒ ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ความหมายของโรคเบาหวาน

พรรธนมณฑน์ อุชชิน และคณะ (๒๕๖๐) ได้กล่าวไว้ว่า โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติของการที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จากรับประทานอาหารไปใช้ได้ตามปกติ เนื่องจากมีความผิดปกติของระบบเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตที่เกิดจากร่างกายมีอินซูลินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือเกิดจากการเสื่อมสภาพของตับอ่อน

สาเหตุ

เกิดจากการที่ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงมากขึ้นถึงระดับหนึ่ง จนทำให้ไตดูดกลับน้ำตาลได้ไม่หมดซึ่งปกติ ไตจะมีหน้าที่ดูดกลับน้ำตาลจากสารที่ถูกกรองจากหน่วยไตไปใช้ ส่งผลให้มีน้ำตาลรั่วออกมากับปัสสาวะ (ศศิภัสช์ ช้อนทอง, ๒๕๖๔)

ชนิดของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, ๒๐๑๙) ได้แบ่งชนิดของโรคเบาหวานออกเป็น ๖ ชนิด

๑. โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (Type ๑ Diabetes Mellitus, T๑ DM) ผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย มักพบในคนอายุน้อย รูปร่างไม่อ้วน อาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรด จากสารคีโตน (Ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรค จำเป็นต้องรักษาด้วยอินซูลิน (Insulin) ภายใน ๑๒ เดือน หลังการวินิจฉัยอาจตรวจทางห้องปฏิบัติการสนับสนุน (เช่นระดับ C-Peptide, Autoantibody ต่างๆ)

๒. โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (Type ๒ Diabetes Mellitus, T๒ DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ ๙๕ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการผลิตอินซูลินที่เหมาะสมบกพร่องมักพบในอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป รูปร่างท้วม หรืออ้วน พบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาการมักไม่รุนแรง ค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน

๓. โรคเบาหวานชนิดผสมระหว่างชนิดที่ ๑ และ ๒ (Hybrid Forms of Diabetes)

๓.๑ เบาหวานที่เกิดจากภูมิคุ้มกัน (Slowly Evolving Immune Mediated Diabetes) อาการคล้ายเบาหวานชนิดที่ ๒ ยังไม่ต้องใช้อินซูลินในช่วง ๖ - ๑๒ เดือนแรกหลังการวินิจฉัย แต่เบต้าเซลล์ตับอ่อนเสื่อมเร็วกว่า มักไม่อ้วนและไม่มีอาการแสดงของภาวะดื้อต่ออินซูลิน ตรวจพบ Autoantibodies

๓.๒ เบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Ketosis Prone Type ๒ Diabetes) พบภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่งโดยไม่มีภาวะกดดัน (Stress) รุนแรงร่วมแต่ต่อมาอาจมีภาวะสงบจากโรคเบาหวานได้บางราย เชื่อว่ามีความผิดปกติของเบต้าเซลล์ของตับอ่อนอย่างรุนแรงชั่วคราวเป็นระยะสั้นๆตรวจไม่พบ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Autoantibodies

๔. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other Specific Types) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุกรรมเดี่ยวที่ควบคุมการทำงานของเบต้าเซลล์โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุกรรมที่ควบคุมการทำงานของอินซูลิน โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคที่ตับอ่อน โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของต่อมไร้ท่อ โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมีบางชนิด เช่น Pentamidine, Glucocorticoids โรคเบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น Congenital Rubella, CMV โรคเบาหวานที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย

๕. โรคเบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (Hyperglycemia First Detected During Pregnancy) เป็นโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ มักเกิดเมื่อไตรมาส ๒-๓ ของการตั้งครรภ์

๖. โรคเบาหวานที่ไม่สามารถแยกชนิดได้เมื่อได้รับการวินิจฉัย (Unclassified Diabetes)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

มีความผิดปกติที่สำคัญ ๒ ประการ คือ ความผิดปกติของเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอ หรือความสามารถของร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดภาวะดื้ออินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกันซึ่งอินซูลินมีหน้าที่ในการนำกลูโคสจากในกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์ ไปเผาผลาญเป็นพลังงาน หรือเก็บสะสมไว้เพื่อจะนำกลับมาใช้อีกครั้งเมื่อร่างกายมีการหลั่งอินซูลินลดลงไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากภาวะที่เบต้าเซลล์ของตับอ่อนทำงานเสื่อมสภาพมากขึ้น ระดับอินซูลินที่เคยอยู่ในระดับปกติเริ่มลดต่ำลง ตับจะปล่อยกลูโคสออกมากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เมื่อร่างกายมีระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นเนื้อเยื่อต้องอาศัยอินซูลินในการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ ถ้าร่างกายมีภาวะดื้ออินซูลินเกิดความผิดปกติของกระบวนการทำงานของอินซูลินในการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ (Glucose Transporter 4 (GLUT4) ทำให้เนื้อเยื่อไม่สามารถนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้เพียงพอกับความต้องการ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น มีอาการแสดงของโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีการผลิตน้ำตาลจากตับเพิ่มขึ้นจากการที่ร่างกายขาดอินซูลิน ร่างกายไม่สามารถเก็บกลูโคสในรูปกลูคากอนที่ตับได้ ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูง เนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับการนำกลูโคสเข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อลาย ไขมันและตับ อินซูลินที่ลดลงเกิดขึ้นได้เนื่องจากความผิดปกติในการทำงานของเบต้าเซลล์ทำให้หลั่งอินซูลินช้าลง หรือหลั่งอินซูลินลดลง ทำให้ร่างกายมีระดับกลูโคสในเลือดสูงขึ้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๗)

อาการและอาการแสดง

ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก คอแห้ง กระหายน้ำ หิวบ่อย กินจุ อ้วน น้ำหนักลด ชูบผอมจากการขาดอินซูลินเรื้อรัง มือชา เท้าชา

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย (๒๕๖๗) ได้กำหนดการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ดังนี้

๑. มีอาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ ดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมาก น้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุร่วมกับมีน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ได้มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

๒. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose) มากกว่าหรือ เท่ากับ ๑๒๖ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

๓. ระดับน้ำตาลในเลือด ๒ ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส ๗๕ กรัม ทำ Oral Glucose Tolerance Test : OGTT มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะโดยการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่เมื่อตรวจพบว่ามีน้ำตาลในปัสสาวะ แพทย์จะนัดตรวจเลือดเพื่อยืนยันผลการตรวจวินิจฉัยภายใน ๓-๖ เดือน

๕. ตรวจพบระดับน้ำตาลสะสม HbA1C > ๖.๕ %

การรักษา

การรักษาเบาหวานชนิดที่ ๒ ควรเป็นแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Approach) การเลือกยาพิจารณาจากผู้ป่วย อายุ ระดับความรุนแรงของอาการ ระดับน้ำตาล โรคร่วม ประสิทธิภาพของยา ราคา และผลข้างเคียงควรได้รับการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle Modifications) เพิ่มกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก ๕ เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัวเดิม จำกัดอาหาร หวาน และอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไป สอนให้รู้จักอาหารแลกเปลี่ยน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๗)

๑. ยารักษาตัวแรกที่ควรให้ถ้าไม่มีข้อห้ามคือ Metformin (Arating) เป็นยาราคาไม่แพงประสิทธิภาพภาพดี ผลข้างเคียงน้อย ลดภาวะดื้ออินซูลิน ลดผลแทรกซ้อนด้านหัวใจในระยะยาว

๒. เมื่อยาตัวแรกไม่ได้ผลอาจใช้ยาตัวที่ ๒ ได้หลายชนิด เช่น Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1) Agonists, Sulfonylureas, Basal Insulin Thiazolidinediones, Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitors, Sodium–Glucose Cotransporter2 (SGLT2) Inhibitors,

๓. ยาอื่นๆ เช่น α - Glucosidase Inhibitors, Bromocriptine, Colesevelam, Pramlintide พิจารณาใช้ตามสถานการณ์

๔. อินซูลิน ใช้เมื่อระดับน้ำตาลสูงมากมีอาการรุนแรงเลือดเป็นกรดเนื่องจากสามารถปรับขนาดยาได้เร็วเพื่อให้น้ำตาลกลับมาเป็นปกติโดยใช้เวลาไม่นาน

ภาวะแทรกซ้อน มี ๒ ประเภท คือ

๑. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ๑) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) มีอาการสับสน เกร็ง เป็นลม นำไปสู่การชัก และหมดสติ ๒) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ภาวะน้ำตาลสูงในเลือดชนิดไม่มีกรดคีโตนคั่ง (HHNS) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ สาเหตุมาจากขาดยา ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีอาการซึม ชัก และหมดสติ น้ำตาลในเลือดมากกว่า ๖๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

๒. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

๒.๑ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ (Macrovascular) เกิดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นเวลานานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ทำให้เกิดผลภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ คือ หลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดส่วนปลายตีบ เกิดปัญหาที่เท้า เกิดแผลเบาหวานที่เท้า

๒.๒ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็ก (Microvascular) ได้แก่

๒.๒.๑ เบาหวานขึ้นตา (Diabetic Retinopathy) ทำให้ผู้ป่วยตาบอด

๒.๒.๒ เบาหวานลงไต (Diabetic Nephropathy) เกิดจากความเสียหายของหลอดเลือดฝอยในไต ส่งผลให้การทำงานของไตลดลง โดยมีลักษณะสำคัญ ได้แก่ มีโปรตีนอัลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะ ผู้ป่วยอาจบวมหรือมีความดันโลหิตสูง

๒.๓ โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic Neuropathy) เกิดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ไม่ดีเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทคือ

๒.๓.๑ ระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม มีอาการแสบร้อนบริเวณปลายเท้า รู้สึกเหมือนเข็มแทงขาดความรู้สึกที่เท้าเกิดแผลได้โดยไม่รู้ตัว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒.๓.๒ ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ต่อมเหงื่อและไขมันเสียหน้าที่ไปเกิดผิวแห้งแตกเป็นแผลง่าย

การพยาบาลโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

๑. ประเมินภาวะสุขภาพ อาการและอาการแสดงของโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

๒. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด และการทำงานของไต

๓. ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

๔. ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย

๕. ดูแลให้ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหรืออินซูลินตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียง

๖. เฝ้าระวังและป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

๗. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การใช้ยาการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

๘. ประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคไต โรคตา โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด

๙. ส่งเสริมการดูแลเท้าและป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

๑๐.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรค

ภาวะความดันโลหิตสูงคือ ภาวะที่แรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic pressure) มีค่าสูงกว่า ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอทและมีแรงดันในหลอดเลือดขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic pressure) มีค่าสูงกว่า ๙๐ มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๗)

สาเหตุ

โรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น ๒ ชนิด คือ

๑. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ในประเภทนี้ มักพบในผู้ที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป และมักมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดได้แก่

๑.๑ กรรมพันธุ์ บุตรหลาน ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

๑.๒ ความอ้วน ผู้ที่มีน้ำหนักมากหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๒๗ ขึ้นไป

๑.๓ การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่ มีผลต่อผนังหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้

๑.๔ การรับประทานเกลือโซเดียมมาก ทำให้มีการคั่งของน้ำ ทำให้เพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือด ปริมาณเลือดจากหัวใจใน ๑ นาที มีผลต่อความตึงตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

๑.๕ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์เกิน ๓๐-๖๐ มิลลิเมตรต่อวันทำให้หลอดเลือดหดตัวส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

๑.๖ อายุ อายุของวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ตั้งแต่อายุ ๔๕ ปี ขึ้นไป มีผลต่อการเพิ่มของความดันโลหิตเนื่องจากความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง

๑.๗ ความเครียดผู้ที่มีความเครียดบ่อย มีผลทำให้ระบบประสาทที่ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นส่งผลให้มีการเพิ่มของความดันโลหิตได้

๒. ความดันโลหิตชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อย ร้อยละ ๕-๑๐ อาจเกิด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การที่มีพยาธิสภาพของไต ต่อมหมวกไต ความผิดปกติของระบบประสาท และความผิดปกติของฮอร์โมนโรคต่อมไร้ท่อ ครรภ์เป็นพิษ การบาดเจ็บศีรษะเป็นต้น

๒.๑ ได้รับยาบางประเภท เช่น ยาคุมกำเนิด, ยาสเตอรอยด์, แอดรีนาลีนเป็นต้น

๒.๒ ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

๒.๓ โรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ, กรวยไตอักเสบเรื้อรัง, ไตวายเรื้อรัง, หลอดเลือดเลี้ยงไตตีบ, วัณโรคของไต, เนื้องอกในไตเป็นต้น

๒.๔ หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัว (Courction of aorta) ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic insufficiency) ซึ่งมักจะทำให้ความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว ส่วนความดันช่วงล่างปกติ

๒.๕ โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น คอพอกเป็นพิษ

๒.๖ ภาวะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว (atherosclerosis)

๒.๗ อื่น ๆ เช่น เนื้องอกในสมอง, สมองอักเสบ, ตะกั่วเป็นพิษ เป็นต้น

พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการเพิ่มขึ้นของแรงต้านทานในหลอดเลือดส่วนปลายและหรือปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดออกต่อนาที ส่งผลให้ความดันในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติของระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (Renin-Angiotensin-Aldosterone System: RAAS) การคั่งของโซเดียมและน้ำ รวมถึงความเสื่อมของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหดตัวและสูญเสียความยืดหยุ่น เมื่อความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้นเกิดภาวะหัวใจโต หลอดเลือดแข็งตัว และเกิดความเสียหายต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และจอประสาทตา ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๗)

อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๗)

๑. ระยะแรก จะพบความดันโลหิตสูง แต่ไม่มีอาการทางร่างกายใดๆ

๒. ระยะปานกลาง อาจจะมีอาการบ้าง เป็นๆ หายๆ เช่น หัวใจเต้นแรง ปวดศีรษะ มือสั่น

๓. ระยะรุนแรง มีอาการมาก มักปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ส่วนใหญ่จะเป็นในตอนเช้า อาการอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อาจมีตามัว ใจสั่น บางรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการหอบเหนื่อยเนื่องจากหัวใจล้มเหลว

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยการวัดความดันโลหิตอย่างถูกวิธีอย่างน้อย ๒ ครั้งในแต่ละการตรวจ และตรวจยืนยันอย่างน้อย ๒ ครั้งต่างวันกัน โดยมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure; SBP) ตั้งแต่ ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure; DBP) ตั้งแต่ ๙๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายที่สำคัญ คือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายที่สำคัญของร่างกายเช่น หัวใจ สมอง ไต ตา รวมถึงอวัยวะที่สำคัญอื่นๆ ในการรักษาและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life style modification) และการรักษาด้วยวิธีการใช้ยา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑. การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตสามารถทำได้ดังนี้

๑.๑ การควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนัก

๑.๒ การจำกัดโซเดียมในอาหาร โดยควบคุมให้ได้รับไม่เกิน ๒,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน

๑.๓ การงดสูบบุหรี่

๑.๔ การลดหรือจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๑.๕ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

๒. การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาและควบคุมโดยการใช้ยาเพื่อลดระดับความดันโลหิต โดยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณที่ออกจากหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งได้เป็น ๗ กลุ่ม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๗) ดังนี้

๒.๑ ยาขับปัสสาวะ (Diuretics)

๒.๒ ยากั้นเบต้า (Beta – adrenergic receptor blocker)

๒.๓ ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators)

๒.๔ ยาประเภทปิดกั้นการทำงานของแคลเซียม (Calcium chanel blocker antagonists)

๒.๕ ยาประเภทที่ยับยั้งไม่ให้มีการสร้างแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin Converting enzyme (ACE) inhibitors)

๒.๖ ยาประเภทปิดกั้นอัลฟาวันอะดรีเนอจิก (Alpha 1- adrenergic blockers)

๒.๗ ยาประเภทกระตุ้นแอลฟาทู (Contropl alpha2 - agonists)

การพยาบาลและข้อแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิตสูง

การวัดความดันโลหิตต้องตรวจสอบเครื่องมือวัดให้เหมาะสมถูกต้อง

๑. แนะนำให้ลดปริมาณการทานอาหารที่มีโซเดียมบริโภคโซเดียม ไม่เกิน ๒,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน

๒. แนะนำให้ใช้ยาถูกขนานถูกเวลา ถูกผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยา clonidine B-blocke การหยุดยาทันที ที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน และ/หรือ unstable angina ได้

๓. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ ป้องกันให้เกิด orthostatic hypotension

๔. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตการณ์เป็นลมหน้ามืดโดยเฉพาะวันแรกที่ได้รับยาหรือเพิ่มขนาดยา

๕. สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยตรวจสอบชีพจรและวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง

๖. แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงการออกกำลังแบบ isometric เพราะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นควรเป็นแบบ isotonic เช่น เดินเร็ว วิ่ง เหยาะ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ

๗. งดสูบบุหรี่เพราะเป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

๘. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในโรคหลอดเลือดสมองระวังความดันโลหิตต่ำเกินไปสมองขาดเลือดเลี้ยงทันทีจะพบอาการหน้ามืด เป็นลม หมดสติ เหงื่อแตก

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ความหมายของโรค

ภาวะไตเรื้อรัง คือ สภาวะที่ไตถูกทำลาย มีผลทำให้ความสามารถของไตในการทำงานลดลง

สาเหตุของไตเสื่อมเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตที่เข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสาเหตุจากโรคเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease) มากที่สุด รองลงมาเป็นโรคไตจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive Nephrosclerosis) และ Chronic Glomerulonephritis นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ โรคนิ่วในไต (Renal Stone Disease) หรือโรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ (Chronic pyelonephritis) โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

(Chronic pyelonephritis) โรคไตจากเก๊าต์ (Gouty Nephrolithiasis) โรคไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ (Chronic analgesic nephropathy) โรคถุงน้ำในไตถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์เช่น Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD)

พยาธิสภาพ

ภาวะไตเสื่อมเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy: DN) เกิดจากมีการหนาตัวขึ้นของผนังหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต (Glomerulas Basement Membrane) และการขยายตัวของหลอดเลือด (Mesangial tissue) ทำให้ความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือดสูงขึ้น ประสิทธิภาพการกรองของปัสสาวะเสื่อมลง ในระยะแรกจะพบระดับอัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria) สูงกว่าปกติประมาณ ๓๐-๓๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน ทำให้หน่วยกรองของไตเสียไปเรื่อยๆ การทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง และภาวะที่มีอัตราการกรองของไตลดลง มีอาการบวม เกิดภาวะ ของเสียคั่ง จนเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น ๕ ระยะ ตามอัตราการกรองที่ไต (Glomerular Filtration Rate) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕)

- ระยะที่ ๑ ระยะที่เนื้อไตถูกทำลายแต่อัตราการกรองที่ไตยังปกติ โดยมีค่าเกิน ๙๐ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย และมีค่าซีรั่มครีเอตินิน น้อยกว่า ๑.๒ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- ระยะที่ ๒ เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตลดลง แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่าโรคไตวายเรื้อรัง คือ อัตราการกรองที่ไตมีค่าต่ำกว่า ๙๐ แต่ยังเกิน ๖๐ มิลลิลิตรต่อนาที
- ระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรัง มีอัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า ๖๐ จนถึง ๓๐ มิลลิลิตรต่อนาที และมีค่าซีรั่มครีเอตินิน ประมาณ ๑.๒-๒ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- ระยะที่ ๔ เป็นระยะที่โรคไตมีความรุนแรงมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า ๓๐ จนถึง ๑๕ มิลลิลิตรต่อนาที และมีค่าซีรั่มครีเอตินิน ประมาณ ๓-๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยในระยะที่ ๔ จะเริ่มมีอาการแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรัง ต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการในระยะนี้
- ระยะที่ ๕ เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า ๑๕ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย ๑.๗๓ ตารางเมตร ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นมีอาการบวม มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ซีด หอบเหนื่อย สับสน ซึม ภาวะยูรีเมีย ต้องทำการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) หรือการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) หรือการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

อาการและอาการแสดง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕)

๑. การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนมากกว่าปกติ โดยไม่ทราบสาเหตุปริมาณปัสสาวะออกน้อยลง

๒. มีอาการแสบร้อนเวลาถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะสะดุดหรือมีเศษนิ่วปนออกมา

๓. ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะมีสีน้ำล้างเนื้อ หรือปัสสาวะเป็นฟอง

๔. การบวมของใบหน้า รอบดวงตา เท้า และท้อง กดแล้วเป็นรอยบุ๋ม

๕. มีอาการปวดเอวหรือหลังด้านข้าง (ไม่ต่ำกว่าเอวหรือไม่อยู่กลางหลัง)

๖. ความดันโลหิตสูง บางคนที่เป็นไตวายแต่ไม่แสดงอาการเหล่านี้ จึงต้องอาศัยการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคไต (โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์, ๒๕๖๐)

จากลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้ ๑. ภาวะไตผิดปกติ ๒. eGFR ลดลง

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะใดผิดปกติ (Renal damage) ติดต่อกันเกิน ๓ เดือน อาจจะมีอัตราการกรองของไต (eGFR)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผิดปกติหรือไม่ก็ได้มีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่ง

๑.๑ ตรวจพบความผิดปกติอย่างน้อย ๒ ครั้ง ในระยะเวลา ๓ เดือน ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ

๑.๑.๑ Urine AER > ๓๐ mg/๒๔ ชั่วโมง • ACR > ๓๐ mg/g

๑.๑.๒ Protein dipstick > ๑+

๑.๑.๓ Microalbumin dipstick +

๑.๑.๔ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (Hematuria)

๑.๑.๕ มีความผิดปกติของเกลือแร่ (Electrolyte) ที่เกิดจากท่อไตผิดปกติ

๑.๒ ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา เช่น อัลตราซาวด์พบถุงน้ำในไต นิ่ว ไตข้างเดียว

๑.๓ ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้าง หรือทางพยาธิสภาพจากผลการเจาะเนื้อเยื่อไต

๑.๔ มีประวัติการได้รับผ่าตัดปลูกถ่ายไต

๒. ผู้ป่วยที่มี eGFR < ๖๐ ml/min/๑.๗๓m๒ ติดต่อกันเกิน ๓ เดือน โดยอาจจะตรวจพบหรือไม่ว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้

การรักษา (โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์, ๒๕๖๔)

๑. การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ควบคุมโรคประจำตัวให้ดี ได้แก่ คุมโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงให้ดี การควบคุมอาหาร รับประทานอาหารเค็มให้ลดลง รับประทานอาหารโปรตีนให้เหมาะสมได้รับ พลังงานที่เพียงพอ การรักษาด้วยยา เช่น ยาลดการดูดซึมฟอสเฟต ยาขับปัสสาวะ ยารักษาภาวะโลหิตจาง ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด และการให้ยาปรับสมดุลกรดด่าง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดน้ำหนัก งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงยาที่มีผลเสียต่อไต

๒. การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) กระบวนการรักษาผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังระยะที่ ๕ เพื่อทดแทนไตที่ไม่สามารถทำงานได้เองตามที่ควรจะเป็น ช่วยขจัดของเสียที่ค้างอยู่ในร่างกาย สามารถเลือกการรักษาได้ ๓ วิธี ดังนี้ ๑. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ๒. การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ๓. การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ (กันตพร ยอดใชย,๒๕๖๘)

๑. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุกครั้ง

๒. ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำมาก เหนื่อยง่าย ปากแห้ง มองเห็นไม่ชัด น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ แผลหายช้า และติดเชื้อซ้ำๆ และประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ รู้สึกหิว สั่น เหงื่อออก ใจสั่น เวียนศีรษะ สับสน กระสับกระส่าย

๓. ประเมินภาวะน้ำเกิน โดยสังเกตอาการบวมที่ใบหน้า ขา และเท้า ชั่งน้ำหนัก

๔. ประเมินอาการของเสียคั่ง โดยสังเกตอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร หอบเหนื่อย และปัสสาวะออกน้อย

๕. แนะนำให้ผู้ป่วยจำกัดปริมาณน้ำตามที่แพทย์กำหนด เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

๖. ให้คำแนะนำผู้ป่วยจดบันทึกปริมาณน้ำที่ดื่มเข้าและปัสสาวะออก เพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย

๗. การจัดการด้านอาหาร ดังนี้

๗.๑ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ เพื่อควบคุมความดันโลหิต เลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว อาหารหมักดอง และอาหารแปรรูป อาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม

๗.๒ แนะนำให้เพิ่มโปรตีนจากไข่ขาว จำกัดโปรตีนจากแหล่งอื่นตามคำแนะนำของแพทย์

๗.๓ แนะนำอาหารเบาหวาน ได้แก่ ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีต เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปลา อกไก่ หมูหรือเนื้อสันใน ผักใบเขียวและผักหลากหลายชนิด เช่น แครอท ฟักทอง บร็อคโคลี กะหล่ำปลี ผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล ชมพู่ นมพร่องมันเนยและโยเกิร์ตที่ไม่หวาน ไขมันดีจาก น้ำมันพืช เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ถั่วเมล็ดแห้งและธัญพืช อาหารที่ ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารหวานจัดและของหวานต่างๆ เช่น เค้ก พาย คุกกี้ น้ำอัดลม ชาเขียวพร้อมดื่ม ผลไม้ หวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ลิ้นจี่ ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้เชื่อม อาหารที่มีไขมันสูงและชุบแป้งทอด เช่น ไก่ทอด ขาหมู หนังเป็ด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือนมรสหวาน

๗.๔ แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันเหมาะสม รับประทานอาหารเป็นเวลา และงดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

๘. อธิบายความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

๙. สนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเอง ได้แก่ หลีกเลี่ยงภาวะเครียด การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ การเลิกสูบบุหรี่และงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑๐. ส่งตรวจ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS, HbA1C, BUN, Creatinine, eGFR Electrolyte , Microalbuminuria เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การทำงานของไตในการกรองของเสีย และ การตรวจโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

- ข้อมูลทั่วไป

เพศหญิง อายุ ๖๔ ปี สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพ สมรส
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘
วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๘
วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๘
รวมระยะเวลาที่รับไว้ในการดูแล ๒๗๓ วัน
นัดติดตามอาการ จำนวน ๓ ครั้ง คือ ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘
ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๘ ครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๙
แหล่งที่มาของข้อมูล การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และเวชระเบียนผู้ป่วย

- อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจตามนัด

- ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วย DM c HT c CKD stage ๓ a มาตรวจตามนัด ให้ประวัติว่า ๓ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หวิวใจสั่นเล็กน้อย มีเหงื่อออกตัวเย็นช่วงเช้าหลังจากฉีดยาอินซูลิน หลังทานอาหารอาการทุเลาลง วันนี้มีอาการหวิวใจสั่นเล็กน้อย ไม่มีหน้ามืด มีอ่อนเพลีย ทานได้อาหารน้อยลงจากเดิม ขาบวมทั้ง ๒ ข้าง เล็กน้อยกดบุ๋ม ๑ + นอนราบได้ ปัสสาวะออกลดลงจากเดิม ฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้อง

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

DM พบ เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เริ่มฉีดยา MIXTARD insulin(๗๐/๓๐) ครั้งแรก วันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๘ HT พบ เมื่อ ๑๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ทานยาลดความดันโลหิต ๒ ชนิด คือ Amlodipine ๑๐ มิลลิกรัม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Enalapril ๒๐ มิลลิกรัม รักษาต่อเนื่อง ที่รพ. แก่งหางแมว

- ประเมินสภาพทางกายตามระบบ

ผู้ป่วยหญิงไทย รู้สึกตัวดี รูปร่างสมส่วน อายุ ๖๔ ปี น้ำหนัก ๕๗ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร สัญญาณชีพแรกรับ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๐ ครั้งต่อนาที , อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที , ความเข้มข้นของออกซิเจนในกะแสเลือด ๙๙ เปอร์เซนต์ , ความดันโลหิต ๑๔๘/๗๐ มิลลิเมตรปรอท

ศีรษะ : ศีรษะและใบหน้า สมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง,รูปร่างสัณฐานปกติ,ไม่พบก้อนเนื้อและรอยโรค

ตา : ไม่มีอาการบวม, เยื่อบุตาไม่ซีด, ตาขาวไม่เหลืองจากดีซ่าน, ไม่มีรอยแดง,รูม่านตามีขนาดประมาณ ๓ mm., การตอบสนองได้ดีของตาทั้งสองข้าง,ไม่มีต้อเนื้อ,ฐานตาปกติ,เส้นประสาทตรงทางเข้าลูกตาไม่มีการอักเสบ

หู : ไม่พบก้อนเนื้อบริเวณหูด้านนอก, ไม่มีรอยโรค, ช่องหูทั้ง ๒ ข้างปกติ, ไม่มีรอยถลอก หรือการอักเสบ, เยื่อแก้วหูอยู่ในสภาพปกติ มีขี้หูสีเหลืองน้ำตาลเล็กน้อย การได้ยินปกติ

คอ : ไม่มีคอติดแข็ง,หลอดลมอยู่ในแนวกลาง,ขนาดต่อมไทรอยด์ปกติ, มีการเคลื่อนไหวในการกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง

จมูก : รูปพรรณสัณฐานภายนอกปกติ, เยื่อบุจมูกมีสีชมพู,กระดูกที่มีลักษณะคล้ายลูกข่างไม่มี ภาวะบวม, ไม่มีร่องรอยแดงจากการทิ่ม, ไม่มีของเหลวที่ปล่อยออกมา, กระดูกผนังกั้นไม่คดโค้ง

คอ : เยื่อบุช่องปากเป็นสีชมพู , ต่อมน้ำลายเปิดปกติ , ไม่มีฟันผุ , ปากไม่ซีด , ไม่มีรอยเขียวม่วง , ลิ้นไก่อยู่ในแนวกลาง, เพดานอ่อนละเพดานแข็งไม่มีรอยโรค , ต่อมทอนซิลไม่มีอาการบวม

ทรวงอกและปอด : รูปร่างอกปกติ อัตราส่วนความกว้างของทรวงอกจากด้านหน้าไปด้านหลังต่อด้านข้างเท่ากับ ๑:๒ ปอดมีการขยายตัวที่ดี สม่ำเสมอ , ไม่มีการดึงรั้ง,การเคาะปอดมีเสียงโปร่ง หายใจปกติ ไม่มีการหายใจผิดปกติจากสิ่งกีดขวางหรืออุดกั้น,เสียงหวีดต่ำ

หัวใจ : จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ เสียงหัวใจปกติ ไม่มีเสียงที่เกิดจากการสั่นสะเทือน ขณะมีการไหลของเลือดผ่านรูเปิดของลิ้นหัวใจ (murmur) ไม่มีเสียงได้ยินเนื่องจากมีน้ำที่เยื่อหุ้มหัวใจ ชีพจรส่วนปลายปกติชัดเจนและสม่ำเสมอ

ช่องท้อง : รูปร่างท้องกลมรี หน้าท้องไม่โตขยายนูนกว่าปกติ ไม่โป่งนูน ไม่เห็นเส้นเลือดดำขยายใต้ผิวหนังไม่มีแผลที่เกี่ยวกับการทำศัลยกรรม การตรวจโดยการเคาะมีเสียงกังวาน คลำไม่พบตับและม้ามโต ไม่มีก้อนในช่องท้อง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติได้ยินประมาณ ๕ ครั้งต่อนาที ไม่มีบริเวณกดเจ็บ เมื่อกดแล้วปล่อยจะไม่เจ็บ หรือต้านการกดคลำ

แขนขา : การเคลื่อนไหวปกติ รูปร่างไม่ผิดรูป/พิการ มีอาการขาบวมทั้ง ๒ ข้าง แล้วกดบุ๋ม ๑ + ผิวหนังไม่ซีดเขียว ไม่มีอาการสั่นเมื่อตื่นเต้นหรือตกใจ ผิวหนังอวบอิ่มดี ไม่มีรอยโรค คลำปุ่มกระดูกต่างๆได้ชัดเจน ตรวจการไหลเวียนเลือดโดยใช้นิ้วกดบริเวณปลายนิ้วมือน้อยกว่า ๒ วินาที

- ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	๑๗/๗/๖๘	๑๘/๑๒/๖๘	๑๔/๔/๖๙	แปลผล
eGFR	-	๕๒.๓๙	๔๔.๗๐	๔๘.๕๗	ต่ำกว่าปกติ
BUN	๖-๒๐ mg/dL	๑๑.๖	๑๘.๙	๑๕.๒	ปกติ
Creatinine	๐.๕๑-๐.๙๕ mg/dL	๑.๑๔	๑.๓๐	๑.๔๖	สูงกว่าปกติ
FBS	๘๐-๑๒๐ mg/dl	๖๘	๘๐	๒๕๕	สูงปกติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)
วิเคราะห์ผล

ผู้ป่วยมีระดับ FBS สูงกว่าปกติ แสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดการทำลายหลอดเลือดฝอยภายในไต ทำให้ประสิทธิภาพการกรองเลือดของไตลดลง สอดคล้องกับค่า eGFR ที่ต่ำกว่าปกติ และค่า Creatinine ที่สูงกว่าปกติ บ่งชี้ถึงภาวะไตเสื่อมจากโรคเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) ซึ่งทำให้ไตไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การวินิจฉัยของแพทย์

Type ๒ diabetes mellitus, with complication Chronic kidney disease, stage ๓

- สรุปอาการ/อาการแสดงและการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนถึงการจำหน่ายจากความดูแล

นัดติดตามอาการครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจตามนัด น้ำหนัก ๕๗ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๒.๒๖ กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตครั้งที่ ๑ ๑๕๗/๘๐ มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำครั้งที่ ๒ ๑๔๘/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดขณะหายใจปกติ ๙๙ เปอร์เซ็นต์ เจาะเลือดพบค่า BUN ๑๑.๖ mg/dL, Creatinine ๑.๑๔ mg/dL, eGFR ๕๒.๓๘ ml/min/๑.๗๓ m๒ ภาวะไตเสื่อมระยะที่ ๓ a ตรวจร่างกายพบขาบวมทั้งสองข้าง กดบุ๋ม ๑ + , FBS ๖๘ mg%/dL ต่ำกว่าปกติ มีหวิวใจสั่นเล็กน้อย ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น แพทย์ปรับลดยาฉีด MIXTARD insulin (๗๐/๓๐) ๑๐๐ iu./ml จากเดิม ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้า ๓๐ ยูนิต และ ๒๔ ยูนิต ก่อนอาหารเย็น เป็นฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้า ๒๖ ยูนิต และ ๒๐ ยูนิต ก่อนอาหารเย็น ให้รับประทานยา Amlodipine ๕ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า, Enarapril ๒๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า, ยา simvastatin ๒ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนนอน คงเดิม นัดติดตามการรักษา ครั้งถัดไป วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๘

นัดติดตามอาการครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจตามนัด น้ำหนัก ๕๗ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๒.๒๖ กิโลกรัมต่อตาราง อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๔ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๗๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตครั้งที่ ๑ ๑๗๐/๘๙ มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำครั้งที่ ๒ ๑๔๙/๘๒ มิลลิเมตรปรอท มีปวดเวียนศีรษะ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดขณะหายใจปกติ ๙๙ เปอร์เซ็นต์ เจาะเลือดพบค่า FBS ๘๐ mg%, BUN ๑๘.๙ mg/dL, Creatinine ๑.๓ mg/dL, eGFR ๔๔.๗.ml/min/๑.๗๓m^{๒} ภาวะไตเสื่อมระยะที่ ๓ a แพทย์มีการปรับเพิ่มยาลดความดันโลหิตจาก Amlodipine ๕ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า เพิ่มเป็น Amlodipine ๑๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า และปรับเพิ่มยาฉีด MIXTARD insulin (๗๐/๓๐) ๑๐๐ iu./ml เป็นฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้า ๓๐ ยูนิต และ ๒๔ ยูนิต ก่อนอาหารเย็น นัดติดตามการรักษา ครั้งถัดไป วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๙

นัดติดตามอาการครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๙ ผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจตามนัดน้ำหนัก ๕๗ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๒.๒๖ กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๗๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตครั้งที่ ๑ = ๑๕๓/๙๔ มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำครั้งที่ ๒ ๑๓๐/๗๘ มิลลิเมตรปรอท เจาะเลือดพบค่า FBS ๒๕๕ mg% , BUN ๑๕.๒mg/Dl , Creatinine ๑.๔๖ mg/dL , eGFR ๔๘.๕๗.ml/min/๑.๗๓m^{๒} ภาวะไตเสื่อมระยะที่ ๓a แพทย์มีการเพิ่มยาเบาหวานชนิดรับประทาน gliPIZIDE ๕ mg.รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนอาหารเช้าและก่อนอาหารเย็น ยาฉีด MIXTARD insulin (๗๐/๓๐) ๑๐๐ iu./ml เป็น ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ก่อนอาหารเช้า ๓๐ ยูนิต ๒๔ ยูนิต ก่อนอาหารเย็น คงเดิมและปรับเพิ่มยา ENALAPRIL ๒๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า และและ หลังอาหารเย็น

- สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ ๑

๑. เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้อง

๒. เสี่ยงต่อภาวะของเสียคั่งในร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

๓. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เนื่องจากควบคุมความดันโลหิตยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

๔. มีภาวะพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง

๕. วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ ๒

๖. เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมหน้าที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการบริโภคโซเดียมสูงและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ ๓

๗. พร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงกว่าความเป็นจริง

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ : เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกหวิวใจสั่น หน้ามืดเล็กน้อย
- ผู้ป่วยไม่ทราบเกี่ยวกับการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
- ผู้ป่วยฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่งและฉีดยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร
- แพทย์สั่งเพิ่มยา MIXTARD insulin (๗๐/๓๐) ๑๐๐iu./ml ก่อนอาหารเช้า ๓๐ ยูนิต และก่อนอาหารเย็น ๒๔ ยูนิต (๒๒ พ.ค. ๖๘)
- FBS = ๖๘ mg/dL ต่ำกว่าปกติ (๑๗ ก.ค. ๖๘)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และให้ผู้ป่วยสามารถฉีดอินซูลินได้ถูกต้อง

เกณฑ์ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลต่ำ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น หน้ามืด ซึม

๒. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม FBS ๘๐-๑๒๐ mg/dl

๓. ผู้ป่วยสามารถทวนสอบวิธีการดึงยาฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้อง

๔. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ถูกต้อง

๕. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงระยะเวลาการฉีดยาอินซูลินให้สัมพันธ์กับมื้ออาหารได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น หวิว เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น หน้ามืด ซึม ชัก ตาพร่ามัว หมดสติ

๒. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา

๓. แนะนำการฉีดอินซูลินที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ให้กับผู้ป่วยและญาติทวนสอบกลับ

๔. แนะนำให้ฉีดยาอินซูลิน ก่อนอาหารและรับประทานอาหารภายใน ๑๕-๓๐นาที หลังฉีดยา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. สอนเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำเบื้องต้น ทาน (คาร์โบไฮเดรต ๑๕ กรัม) เช่น น้ำตาลทรายละลายน้ำ ๓ ช้อนชา (หรือประมาณ ๑ ช้อนโต๊ะ) , น้ำหวานเข้มข้น (เช่น เฮลบลูบอย) : ๑ ช้อนโต๊ะครึ่ง ผสมน้ำเปล่าเล็กน้อย , น้ำอัดลม (สูตรปกติ มีน้ำตาล) : ครึ่งกระป๋อง (ประมาณ ๑๕๐-๑๘๐ มิลลิลิตร) , น้ำผลไม้พร้อมดื่ม : ครึ่งกล่องถึง ๑ กล่องเล็ก (ประมาณ ๑๕๐ มิลลิลิตร) , ลูกอมเคี้ยวหนึบหรือลูกอมธรรมดา: ๓ ถึง ๕ เม็ด (ต้องเคี้ยวให้ละเอียดเพื่อให้ดูดซึมไว) น้ำผึ้ง: ๑ ช้อนโต๊ะ และต้องนั่งพักรอสังเกตอาการ ๑๕ นาทีหากไม่ดีขึ้นจึงทำซ้ำอีกครั้ง และหากไม่ดีขึ้นให้รีบมารพ.

๖. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและสังเกตอาการผิดปกติ

๗. ทวนสอบความเข้าใจโดยให้ผู้ป่วยสาธิตการฉีดยา อธิบายวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะระดับน้ำตาลต่ำ

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีอาการใจสั่นหวิว หน้ามืด หรือตาพร่ามัว

๒. ผู้ป่วยสามารถทวนสอบสาธิต วิธีการ ดึงยา ฉีดยาอินซูลิน ตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ถูกต้อง

๓. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเล่าขั้นตอน การแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำที่บ้าน ได้ถูกต้อง โดยระบุว่าหากมีอาการใจสั่นหรือเหงื่อออก ให้ดื่มน้ำหวานเข้มข้น ๑ ช้อนโต๊ะครึ่ง หรือละลายน้ำตาลทราย ๓ ช้อนชากับน้ำดื่มทันที และต้องนั่งพักรอสังเกตอาการ ๑๕ นาที หากไม่ดีขึ้นจึงทำซ้ำอีกครั้ง และหากไม่ดีขึ้นให้รีบมารพ.

๔. ผู้ป่วยสามารถบอกและทวนสอบระยะเวลาการฉีดยาอินซูลินให้สัมพันธ์กับมื้ออาหารได้อย่างถูกต้อง โดยระบุว่า "ต้องรับประทานอาหารภายใน ๑๕-๓๐ นาทีหลังจากฉีดยา Mixtard ทันที"และตระหนักรู้ว่าจะไม่ปล่อยเวลาเนิ่นนานถึง ๒ ชั่วโมงเหมือนเดิมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒. : เสี่ยงต่อภาวะของเสียคั่งในร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน
- eGFR = ๕๒.๓๙ ml/min/๑.๗๓m^{๒} (๑๗ ก.ค. ๖๘)
- Creatinine ๑.๑๔ mg/dL (๑๗ ก.ค. ๖๘)
- ขาบวมกดบุ๋ม ๑+ ทั้งสองข้าง
- มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ความดันโลหิต ๑๕๗/๘๐ mmHg (๑๗ ก.ค. ๖๘)
- แพทย์วินิจฉัย Type ๒ diabetes mellitus complication Chronic kidney disease stage ๓

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง

๒. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อลดการเสื่อมของไตได้

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่มีอาการของภาวะยูรีเมีย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ซึม คันตามตัว หอบเหนื่อย

๒. ความดันโลหิตลดลงหรืออยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ดี BP ≤ ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท

๓. ค่าไต eGFR > ๖๐ ml/min/๑.๗๓m^{๒} หรือไม่ลดลงจากค่าเดิม

๔. Creatinine ๐.๕๑ - ๐.๙๕ mg/dL หรือไม่เพิ่มสูงขึ้นจากเดิม

๕. BUN ๖ - ๒๐ mg/dL หรือไม่เพิ่มสูงขึ้นจากเดิม

๖. ไม่มีอาการบวมเพิ่มขึ้น

๗. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีดูแลตนเองเพื่อลดการเสื่อมของไตได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการของภาวะของเสียคั่งในร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน คันตาม

กิจกรรมการพยาบาล

ตัว ซึมลง ติดตามผล BUN, Creatinine และ eGFR

๒. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, Creatinine, eGFR และ Urine microalbumin เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไตและติดตามความรุนแรงของโรค

๓. ติดตามอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะน้อยลง เหนื่อย หอบ บวมเพิ่มขึ้น เพื่อเฝ้าระวังภาวะยูรีเมียจากการทำงานของไตลดลง

๔. วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอเพราะความดันโลหิตสูงทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น รวมไปถึงส่งเสริมการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

๕. แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รับประทานยาตามแผนการรักษา และมาตรวจตามนัดเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

๖. แนะนำจำกัดอาหารเค็มและควบคุมปริมาณน้ำตามแผนการรักษา

๗. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายสังเกตลักษณะปัสสาวะเพื่อประเมินสมดุลน้ำการทำงานของไต

๘. แนะนำหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารโปรตีนสูงเกินความจำเป็น และยาที่มีผลต่อไต เช่น NSAIDs สมุนไพรไม่ทราบชนิด เพื่อลดภาระการทำงานของไต

๙. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกิน

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะยูรีเมีย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ซึม คันตามตัว หอบเหนื่อย

๒. ไม่มีอาการบวมเพิ่มขึ้น

๓. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีดูแลตนเองเพื่อลดการเสื่อมของไตได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เนื่องจากควบคุมความดันโลหิตยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า "เช้านี้ยังไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิต ลืมทานมื้อเช้าบ่อย
- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเค็ม
- มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย
- สัญญาณชีพพบความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ BP ครั้งที่ ๑ ๑๕๗/๘๐ มิลลิเมตรปรอท, วัดซ้ำครั้งที่ ๒ ๑๔๘/๗๐ มิลลิเมตรปรอท
- แพทย์วินิจฉัย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร่วมกับ โรคไตเรื้องรังระยะ ๓ มีโรคร่วมซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย < ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท

๒. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น หัวใจโต หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตเสื่อมมากขึ้น หรือไตวาย หลอดเลือดแดงแข็งตัว

๓. ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อลดความดันโลหิตได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย < ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนจากความดันสูง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย แขนขาอ่อนแรง

๓. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้

๔. สามารถทวนสอบวิธีการทานยาลดความดันได้ถูกต้อง รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ ตามัว แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย หรืออ่อนแรงครึ่งซีก เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสมอง หัวใจ และไต

๒. เน้นย้ำความสม่ำเสมอในการรับประทานยา: อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาความดัน (Amlodipine และ Enalapril) ต้องรับประทาน ทุกวันอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง แม้จะไม่มีอาการผิดปกติ

๓. ให้คำแนะนำเรื่องการเปลี่ยนท่าทาง (Orthostatic Hypotension): เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาลดความดันร่วมกัน และเพิ่งมีภาวะน้ำตาลต่ำ แนะนำให้เปลี่ยนท่าทางช้าๆ เช่น จากนอนเป็นนั่ง หรือนั่งเป็นยืน เพื่อป้องกันอาการหน้ามืด วูบ หรือล้ม

๔. การจำกัดโซเดียมร่วมกับการคุมความดัน อธิบายเชื่อมโยงว่า การลดกินเค็มจะช่วยส่งเสริมให้ยาความดันดันออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น และช่วยลดความดันโลหิตได้โดยตรง

๕. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ: สอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการ เช่น ปวดศีรษะ ท้ายทอย ตาพร่า แน่นหน้าอก หากมีอาการเหล่านี้ให้รีบมาพบแพทย์ทันที

๖. ส่งเสริมการติดตามอาการที่บ้าน: แนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติ (ถ้ามีเครื่องวัด) จดบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดได้จากที่บ้านช่วงเช้าและเย็นเพื่อนำมาให้แพทย์ดูในนัดครั้งต่อไป

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนจากความดันสูง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย แขนขาอ่อนแรง

๒. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ สามารถบอกได้ว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลุกยืนให้ช้าลงเพื่อป้องกันอาการหน้ามืด และเข้าใจเรื่องการคุมอาหารเค็มเพื่อช่วยลดความดันโลหิต

๓. สามารถทวนสอบวิธีการทานยาลดความดันได้ถูกต้อง รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอผู้ป่วยรับทราบแผนการทานยาลดความดันเช้านี้ และเข้าใจความจำเป็นของการกินยาทุกวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ : มีภาวะพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีชะลอการเสื่อมของไต
- ไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้อง
- ฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง ฉีดยาเกิน
- ผู้ป่วยบอกว่า"รับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ตรงเวลา/หยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น"
- ผู้ป่วยบอกว่า "ไม่เข้าใจเรื่องโรคไตเสื่อม"
- ผู้ป่วยบอกว่า "ยังรับประทานอาหารหวาน เค็ม หรืออาหารสำเร็จรูปเป็นประจำ"
- eGFR = ๕๒.๓๘ ml/min/๑.๗๓ m^2 (๑๗ ก.ค. ๖๘)
- มีความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต ๑๕๗/๘๐ mmHg (๑๗ ก.ค. ๖๘)
- แพทย์วินิจฉัย Type ๒ diabetes mellitus, complication Chronic kidney disease stage ๓

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังได้ถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างน้อย ๓ ข้อ เช่นควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควบคุม ความดันโลหิต ลดอาหารเค็ม และรับประทานยาตามแผนการรักษา

๓. ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง เช่น รับประทานยาครบ ควบคุมอาหาร มาตรวจตามนัด

๔. ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง เพื่อวางแผนให้คำแนะนำได้เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วย

๒. ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการรักษาของโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

๓. แนะนำการควบคุมอาหาร เช่น ลดหวาน มัน เค็ม จำกัดอาหารโซเดียมสูง และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลต่อไตเพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และชะลอการเสื่อมของไต

๔. แนะนำการรับประทานยาอย่างถูกต้องไม่หยุดยาเองมาตรวจตามนัดเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพภาพและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

๕. สอนการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อ่อนเพลีย บวม ปัสสาวะผิดปกติ น้ำตาลต่ำหรือสูงผิดปกติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์ได้ทันเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

๖. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและควบคุมน้ำหนักเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลและลดความเสี่ยงโรคแทรกซ้อน

๗. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย พร้อมใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มความเข้าใจและความร่วมมือในการดูแลตนเองต่อเนื่อง

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังได้ถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างน้อย ๓ ข้อ ได้แก่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมความดันโลหิต และลดการรับประทานอาหารเค็ม

๓. ผู้ป่วยสามารถบอกวีการรับประทานยาได้ถูกต้อง ไม่หยุดยาเอง

๔. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการควบคุมอาหารและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๕. ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ได้ เช่น บวม เหนื่อย อ่อนเพลีย

๖. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๕. : ผู้ป่วยมีวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่า “กังวลว่าจะต้องฟอกไต”

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ผู้ป่วยมีสีหน้าและน้ำเสียงแสดงถึงความกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาและค่าไต
- ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับอาการและภาวะแทรกซ้อนบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลและมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าผ่อนคลายขึ้น

๒. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษามากขึ้น

๓. ระดับความวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความวิตกกังวล สาเหตุ และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การช่วยเหลือได้เหมาะสม

๒. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความกลัว และข้อสงสัย การรับฟังช่วยลดความเครียดและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการสนับสนุน

๓. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แนวทางการรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายความรู้ที่ถูกต้องช่วยลดความกลัวและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง

๔. ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจนตรงประเด็นช่วยลดความเข้าใจผิดลดความวิตกกังวล

๕. ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ

๖. ติดตามประเมินอาการวิตกกังวล การปรับตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินผลการพยาบาลและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง

๒. สามารถอธิบายแนวทางดูแลตนเองได้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษามากขึ้น

๓. ให้ความร่วมมือในการรักษาและมาตามนัด

นัดติดตามอาการครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด น้ำหนัก ๕๗ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๒.๒๖ กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๔ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๗๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที พบความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตครั้งที่๑ ๑๗๐/๘๙ มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำครั้งที่ ๒ ๑๔๙/๘๒ มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีการปรับเพิ่มยาความดันโลหิตจาก Amlodipine ๕ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า เพิ่มเป็น Amlodipine ๑๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า ครั้งนี้แพทย์มีการปรับเพิ่มยาความดัน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาความดัน (Amlodipine และ Enalapril) ต้องรับประทาน ทุกวันอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง แม้จะไม่มีอาการผิดปกติ แนะนำเรื่องการเปลี่ยนท่าทาง (Orthostatic Hypotension) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาลดความดัน ร่วมกัน และเพิ่งมีภาวะน้ำตาลต่ำ แนะนำให้เปลี่ยนท่าทางช้าๆ เช่น จากนอนเป็นนั่ง หรือนั่งเป็นยืน เพื่อป้องกันอาการหน้ามืด วูบ หรือล้ม เจาะเลือด FBS ๘๐ mg% ไม่มีอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าแพทย์มีการปรับเพิ่มยาฉีด MIXTARD insulin(๗๐/๓๐)๑๐๐ iu./ml เป็นฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้า ๓๐ ยูนิต และ ๒๔ ยูนิต ก่อนอาหารเย็น แนะนำผู้ป่วยและญาติช่วยกันดูแลเรื่องฉีดยาอินซูลิน สอนวีการดึงยาและฉีดยา จากการทวนสอบการดึงยา พบว่าผู้ป่วยดึงยาและฉีดยา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตามที่แพทย์สั่งได้ถูกต้อง BUN ๑๘.๙ mg/dL, Creatinine ๑.๓ mg/dL , eGFR ๔๔.๗.ml/min/๑.๗๓m^{๒} ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ และ ๕ ได้รับการแก้ไขบรรลุวัตถุประสงค์ปัญหานี้หมดไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒, ๓ และ ๔ ได้รับการแก้ไข บรรลุวัตถุประสงค์บางส่วนให้กิจกรรมการพยาบาลคงเดิมและเพิ่มกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ เพิ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๑ ข้อ คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๖ เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมหน้าที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการบริโภคโซเดียมสูงและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ เสี่ยงต่อภาวะของเสียคั่งในร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

กิจกรรมการพยาบาล (ที่ให้เพิ่มเติมจากครั้งที่ ๑)

๑. เน้นให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารลดเค็มอย่างจริงจัง

๒. สอนให้ผู้ป่วยและญาติอ่านฉลากโภชนาการและหลีกเลี่ยงอาหารโซเดียมสูง

๓. ติดตามปริมาณน้ำดื่มและปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน

๔. แนะนำเฝ้าระวังอาการของเสียคั่ง เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ บวม หอบ

๕. ติดตามค่า BUN, Creatinine และ eGFR อย่างต่อเนื่อง

๖. แนะนำหลีกเลี่ยงยา NSAIDs เช่น Ibuprofen

ประเมินผล

๑. ไม่มีอาการของภาวะยูรีเมีย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ซึม คันตามตัว หอบเหนื่อย

๒. ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายวิธีดูแลตนเอง โดยเริ่มฝึกอ่านฉลากโภชนาการและหลีกเลี่ยงอาหารโซเดียมสูง เพื่อลดการเสื่อมของไตได้

๓. ไม่มีอาการบวมเพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เนื่องจากควบคุมความดันโลหิตยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

กิจกรรมการพยาบาล (ที่ให้เพิ่มเติมจากครั้งที่ ๑)

๑. ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเชิงลึกมากขึ้นเช่น ความถี่ในการรับประทานปลาเค็ม อาหารหมักดอง การเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ผงชูรส และอาหารสำเร็จรูปเพื่อค้นหาสาเหตุที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แม้รับประทานยาสม่ำเสมอแล้ว

๒. ให้คำแนะนำเรื่อง “DASH diet” หรือแนวทางลดเค็มอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ชิมก่อนปรุง ลดน้ำปลา หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป ช่วยลดโซเดียมและเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมความดันโลหิต

๓. ติดตามความร่วมมือในการรับประทานยาและผลข้างเคียงหลังเพิ่มยา Amlodipine เช่น อาการหน้ามืด บวมเท้า ใจสั่น อ่อนเพลีย เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา

๔. ส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น เดินช้า ๆ ๒๐-๓๐ นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ - ๕ วัน เพื่อ ช่วยลดความดันโลหิต เพิ่มการไหลเวียนเลือด และชะลอไตเสื่อม

๕. ประเมินความสามารถในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง พร้อมสอนวิธีวัดความดันที่ถูกต้อง นั่งพักก่อนวัด ๕ นาที ไม่นั่งไขว่ห้างวัดเวลาเดิมทุกวันเพื่อให้ได้ค่าความดันที่ถูกต้องและใช้ติดตามอาการได้ต่อเนื่อง

๖. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการควบคุมอาหารและเตือนการรับประทานยาช่วยจัดอาหาร ลดการปรุงเค็ม และช่วยเตือนรับประทานยา

๗. อธิบายความเชื่อมโยงระหว่าง “ความดันสูงกับไตเสื่อม”โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น“ถ้าความดันสูงนาน ๆ จะทำให้หลอดเลือดในไตเสื่อมเร็วขึ้น”ช่วยสร้างแรงจูงใจในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ติดตามแนวโน้มค่าการทำงานของไตอย่างต่อเนื่องเช่น BUN, Creatinine, eGFR และประเมินอาการบวม น้ำเกินเพื่อประเมินผลกระทบของความดันโลหิตต่อการเสื่อมของไต

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนจากความดันสูง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ สามารถบอกได้ว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลุกยืนให้ช้าลงเพื่อป้องกันอาการหน้ามืด และเข้าใจเรื่องการคุมอาหารเค็มเพื่อช่วยลดความดันโลหิต

๒. หลังจากแพทย์มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มยา ผู้ป่วยสามารถทวนสอบวิธีการทานยาลดความดันได้ถูกต้อง ประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอผู้ป่วยรับทราบแผนการทานยาลดความดันเช้านี้ และเข้าใจความจำเป็นของการกินยาทุกวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ มีภาวะพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง

กิจกรรมการพยาบาล (ที่ให้เพิ่มเติมจากครั้งที่ ๑)

๑. ประเมินอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ขาดความเข้าใจ ขาดแรงจูงใจ ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หรือการลืมรับประทานยา เพื่อวางแผนช่วยเหลือได้ตรงปัญหา

๒. ติดตามและประเมินความเข้าใจซ้ำหลังให้คำแนะนำทุกครั้ง โดยใช้วิธี Teach back ให้ผู้ป่วยอธิบายกลับ เกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการสังเกตอาการผิดปกติ

๓. สาธิตและฝึกปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการเลือกอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ การคำนวณปริมาณน้ำตาลหรือโซเดียมในอาหาร เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง

๔. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจดบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต อาหารที่รับประทาน อาการผิดปกติเพื่อนำมาประเมินร่วมกันในครั้งถัดไป

๕. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น เช่น ช่วยจัดอาหาร เตือนรับประทานยา และติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

๖. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น FBS, HbA1c, BUN, Creatinine และ eGFR UMA พร้อมอธิบายผลให้ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการดำเนินของโรค

๗. วางแผนเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยแบบเป็นขั้นตอน เช่น ลดการเติมน้ำปลา ลดเครื่องดื่มหวาน หรือออกกำลังกายสัปดาห์ละ ๓ - ๕ วัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริง

๘. ให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม เพื่อเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

ประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับแนวทางการดูแลการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตได้เหมาะสมมากขึ้น

๒. ผู้ป่วยสามารถอธิบาย วิธีรับประทานยาได้ถูกต้อง รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๖ เสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมหน้าที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการบริโภคโซเดียมสูงและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่า ชอบทานพวกปลาเค็ม และเติมน้ำปลาเวลาทานข้าว
- ความดันโลหิตครั้งที่ ๑ ๑๗๐/๘๙ มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำครั้งที่ ๒ ๑๔๙/๘๒ มิลลิเมตรปรอท
- eGFR ลดลงจาก ๕๒.๓๘ เหลือ ๔๔.๗ ml/min/๑.๗๓ m^2 stage ๓ a

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- Creatinine เพิ่มจาก ๑.๑๔ เป็น ๑.๓ mg/dL

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมได้

๒. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมลดลง

๓. เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. สามารถอธิบายถึงอาหารที่มีโซเดียมสูงได้

๒. ผู้ป่วยลดพฤติกรรมเติมน้ำปลา รับประทานปลาเค็ม หรืออาหารแปรรูปลง

๓. ความดันโลหิตลดลงหรืออยู่ใกล้ค่าเป้าหมาย (<๑๓๐/๘๐ mmHg)

๔. ไม่มีอาการบวม เหนื่อยหอบ หรือภาวะน้ำเกิน

๕. Creatinine ๐.๕๑ - ๐.๙๕ mg/dL หรือไม่เพิ่มสูงขึ้นจากเดิม

๖. eGFR > ๖๐ ml/min/๑.๗๓m^{๒} หรือไม่ลดลงจากค่าเดิม

๗. BUN ๖ - ๒๐ mg/dL หรือไม่เพิ่มสูงขึ้นจากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป การเติมน้ำปลา เพื่อประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตและการเสื่อมของไต

๒. ประเมินและติดตามค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดภายในไตเสียหายและเร่งการเสื่อมของไต

๓. ให้ความรู้เกี่ยวกับการจำกัดโซเดียมในอาหารแนะนำหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม ลดการปรุงเพิ่ม และสอนอ่านฉลากโภชนาการ การลดโซเดียม ช่วยลดความดันโลหิต ลดการคั่งของน้ำ และช่วยชะลอการเสื่อมของไต

๔. ส่งเสริมให้รับประทานยาลดความดันโลหิตAmlodipine,Enalapril อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

๕. ติดตามอาการแสดงของภาวะน้ำเกินและของเสียคั่ง เช่น บวม เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปัสสาวะลดลงเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากประสิทธิภาพการทำงานของไตที่ลดลง

๖. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น BUN, Creatinine และ eGFR เพื่อประเมินแนวโน้มการทำงานของไตและประสิทธิภาพของการรักษา

๗. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถอธิบายอาหารที่มีโซเดียมสูงและแนวทางลดเค็มได้

๒. ผู้ป่วยลดเติมน้ำปลาและลดการรับประทานปลาเค็มลงจากเดิม

๓. รับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่อง ทานยาครบทุกมื้อ

๔. ไม่มีอาการบวม เหนื่อยหอบ หรือภาวะน้ำเกิน

๕. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

นัดติดตามอาการครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๙ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด น้ำหนัก ๕๗ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๒.๒๖ กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๗๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตครั้งที่ ๑ ๑๕๓/๙๔ มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำครั้งที่ ๒ ๑๓๐/๗๘ มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ทานยาลดความดัน ครบทุกมื้อ เจาะเลือด ผลFBS ๒๕๕ mg% ลืมงดน้ำงดอาหารก่อนมาเจาะเลือด แพทย์มีการเพิ่มยา glipizide

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนอาหารเช้าและก่อนอาหารเย็น ยาฉีด MIXTARD insulin (๗๐/๓๐) ๑๐๐ iu./ml เป็น ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารเช้า ๓๐ ยูนิต และ ๒๔ ยูนิต ก่อนอาหารเย็นเท่าเดิม , BUN ๑๕.๒mg/dL, Creatinine ๑.๔๖ mg/dL, eGFR ๔๘.๕๗.ml/min/๑.๗๓m^2 ภาวะไตเสื่อมระยะที่ ๓ a

จากการติดตามอาการครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๙ สามารถสรุปผลข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเดิมได้ดังนี้ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ , ๔ และ ๖ ได้รับการแก้ไขบรรลุวัตถุประสงค์ปัญหานี้หมดไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ ได้รับการแก้ไข บรรลุวัตถุประสงค์บางส่วน ให้กิจกรรมการพยาบาลคงเดิมและเพิ่มกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ เพิ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ ๑ ข้อ คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๗ พร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงกว่าความเป็นจริง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๗ พร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงกว่าความเป็นจริง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “เช้าวันเจาะเลือด ไม่ได้งดน้ำงดอาหารมา ดื่มนมมา ๑ กล่องก่อนเจาะเลือด”
- ผลตรวจ FBS = ๒๕๕ mg%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

๒. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการเตรียมตัวก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้ถูกต้อง

๓. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าก่อนเจาะเลือด ตรวจค่า FBS ควรต้องงดอาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง

๔. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนมาตรวจได้ถูกต้องในการตรวจครั้งต่อไป

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

๒. อธิบายความหมายของการตรวจเลือดดูค่า FBS ว่าเป็นการตรวจระดับน้ำตาลหลังงดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง

๓. แนะนำให้ผู้ป่วยงดอาหาร นม ชา กาแฟ น้ำหวาน หรือเครื่องดื่มที่มีพลังงานก่อนตรวจเลือด โดยสามารถจิบน้ำเปล่าและทานยาได้

๔. ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มก่อนตรวจเลือด ซึ่งอาจทำให้ค่าระดับน้ำตาลคลาดเคลื่อน

๕. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนตรวจเลือด ทวนสอบความเข้าใจของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยอธิบายวิธีปฏิบัติตัวก่อนมาตรวจซ้ำและเน้นย้ำการปฏิบัติตัวก่อนวันนัดตรวจครั้งถัดไป

๖. รายงานแพทย์ผู้ตรวจให้ทราบ ว่าเช้าวันเจาะเลือด ผู้ป่วยไม่ได้งดน้ำงดอาหารมา ดื่มนมมา ๑ กล่องก่อนเจาะเลือด

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการเตรียมตัวก่อนตรวจ FBS ได้ถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยบอกได้ว่าต้องงดอาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานอย่างน้อย ๘ ชั่วโมงก่อนเจาะเลือด

๓. ผู้ป่วยรับทราบว่านมมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

๔. ผู้ป่วยมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อนตรวจครั้งต่อไปได้เหมาะสม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๖๑ ปี เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ นัดติดตามอาการทั้งหมด ๓ ครั้ง คือวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ , ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๘ และ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๙ จากการประเมินพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การฉีดอินซูลินไม่ถูกต้องส่งผลให้มีภาวะเสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยพบค่า FBS ๖๘ mg/dLร่วมกับมีอาการหวิว ใจสั่น หน้ามืดเล็กน้อย นอกจากนี้ยังมีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ ๓ a มีขาบวมกดบุ๋ม ๑+ ทั้งสองข้าง ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมและภาวะแทรกซ้อนของโรค จากการประเมินปัญหา ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๗ ข้อ ครอบคลุมด้านภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การทำงานของไตเสื่อมหน้าที่ลง ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง พร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น และความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม ประกอบด้วยการประเมินและเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง การสอนและฝึกทักษะการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร การจำกัดโซเดียม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การชะลอความเสื่อมของไต การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถฉีดอินซูลินได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ อธิบายและปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้อย่างถูกต้อง ไม่มีอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงหรือภาวะยูรีเมีย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และแนวทางชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลลดลง ให้ความร่วมมือในการรักษาและมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล ๒๗๓ วัน

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. คัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจ ที่พบในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อทำการศึกษา จำนวน ๑ ราย

๒. รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแบบครบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิต ใจ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย

๓. ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลความรู้จากบทความทางวิชาการ วิจัย เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานและประชุมปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้

๔. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

๖. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาล

๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

๘. เรียบเรียงผลงาน จัดพิมพ์เป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ให้มีประสิทธิภาพและเป็นไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

๒. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม

๓. เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง

๔. เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๕. เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ได้ศึกษากรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๑ ราย โดยรับไว้ในความดูแล OP Visit ๓ ครั้ง วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ , วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๘ และวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๙ รวมระยะเวลา ที่รับไว้ในความดูแล ๒๗๓ วัน

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยเน้นการประเมินและติดตามภาวะสุขภาพการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง การใช้ยาอินซูลินที่ถูกต้อง การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การควบคุมอาหาร การลดการบริโภคโซเดียม และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น สามารถฉีดยาอินซูลินได้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ รู้วิธีสังเกตและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ให้ความร่วมมือในการรักษาและมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สามารถอธิบายแนวทางชะลอการเสื่อมของไต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างถูกต้อง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนลดลง เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูง หรือภาวะของเสียคั่งในร่างกายตลอดช่วงที่อยู่ในความดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้ความรู้ และการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ชะลอการเสื่อมของไต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ซึ่งเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อกัน ทำให้การดูแลรักษามีความซับซ้อน ต้องติดตามอาการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประเมินภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้องส่งผลให้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร่วมกับมีข้อจำกัดด้านความรู้ในการดูแลตนเอง การใช้ยา การควบคุมอาหาร และการชะลอการเสื่อมของไต อีกทั้งผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้ทักษะการพยาบาลในการประเมิน วางแผน ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีหลายโรคร่วมกันจำเป็นต้องมีการติดตามอาการ ผลการรักษา และพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้กระบวนการดูแลมีความซับซ้อนและต้องอาศัยการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ การให้ความรู้และติดตามการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ขณะที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกมีข้อจำกัด ด้านระยะเวลาในการให้คำปรึกษา ติดตามอาการ และประเมินผลรายบุคคลมีจำกัด อาจทำให้การติดตามต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลที่ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลและการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. จัดทำแนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นมาตรฐาน โดยกำหนดประเด็นการประเมิน การให้คำแนะนำ และเกณฑ์การส่งต่ออย่างชัดเจน เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๒. จัดทำระบบติดตามผู้ป่วยทางไกล (Tele-Nursing) โดยใช้โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันสื่อสารในการติดตามอาการ การใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพระหว่างนัด เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวธิดาพร กลางใจ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ธิดาพร.....

(นางสาวธิดาพร กลางใจ) ผู้ขอประเมิน

(วันที่).....๑๙ สค ๒๕๖๗/.....

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวธิดาพร กลางใจ	ธิดาพร

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายพรหมมาตร์ ปฏิสังข์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลแก่งหางแมว

(วันที่).....๑๙ ส.ค. ๒๕๖๙...../.....

(ลงชื่อ).....

(นายอภิสิทธิ์ ดุจวรรณ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งหางแมว

(วันที่)...../๑๙ ส.ค. ๒๕๖๙...../.....

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย

๒. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะแทรกซ้อนทางไต หัวใจและหลอดเลือด จอประสาทตา และระบบประสาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษา โดยอาศัยการรักษาทางการแพทย์ควบคู่กับการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (American Diabetes Association, ๒๐๒๕; World Health Organization, ๒๐๒๔)

จากผลการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก่งหางแมว ระหว่างปี ๒๕๖๖-๒๕๖๘ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเป้าหมาย (HbA1c ≥ ๗%) มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๕๘.๕๘, ๕๐.๕๗ และ ๕๑.๖๐ ตามลำดับ ขณะที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๐.๒๖ , ๐.๔๙ และ ๐.๙๐ ตามลำดับ แม้จะยังไม่เกินค่าเป้าหมายของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑ (โรงพยาบาลแก่งหางแมว, ๒๕๖๘) แต่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่าระบบบริการในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วยระหว่างรอบนัด เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ขณะที่บุคลากรมีเวลาจำกัดในการให้คำปรึกษาเชิงลึกและติดตามปัญหาเป็นรายบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายขาดการประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่อง ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมเมื่อเกิดปัญหา ทำให้การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปตามแผนการรักษา จนส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามอาการ ประเมินปัญหา ให้คำปรึกษา ให้ความรู้และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างรอบนัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงคำแนะนำจากพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ได้รับการแก้ไขปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และมีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น อันจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลแก่งหางแมว ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในยุคดิจิทัล (American Diabetes Association, ๒๐๒๕; World Health Organization, ๒๐๒๔)

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากปัญหาและข้อมูลสถานการณ์ข้างต้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพบว่าปัจจัยสำคัญเกิดจากข้อจำกัดของระบบบริการและพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วย ดังนี้

๑. ด้านระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังเป็นรูปแบบการนัดหมายเป็นระยะ ทำให้ขาดการติดตามต่อเนื่องระหว่างรอบนัด ผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถเข้าถึงคำปรึกษาจากพยาบาลได้ทันเวลา อีกทั้งบุคลากรมีภาระงานสูง ส่งผลให้การให้คำปรึกษาเชิงลึกและการติดตามรายบุคคลทำได้จำกัด

๒.ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดทักษะการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) ได้แก่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง และการแก้ไขปัญหาเมื่อระดับน้ำตาลผิดปกติ ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

๓. ด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูล ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเฉพาะวันที่มารับบริการ แต่ขาดช่องทางสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาระหว่างอยู่ที่บ้าน ทำให้การแก้ไขปัญหาล่าช้าและเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนต้องเข้ารับการรักษา

๔. ด้านการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ แม้ประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงสมาร์ตโฟนและแอปพลิเคชันสื่อสาร เช่น LINE แต่ระบบบริการยังไม่ได้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ขาดโอกาสในการเฝ้าระวัง ประเมินอาการ และให้คำปรึกษาเชิงรุก

ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของบริการ ส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๓.๒ แนวคิด

จากการวิเคราะห์สาเหตุข้างต้นนี้ พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย เกิดจากข้อจำกัดของระบบบริการในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างรอบนัด ประกอบกับผู้ป่วยยังขาดทักษะในการจัดการสุขภาพตนเองและการเข้าถึงคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพเมื่อเกิดปัญหา ดังนั้น ในการนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ นำแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลทางไกลเพื่อสนับสนุนการติดตาม ประเมินอาการ ให้คำปรึกษา และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที และมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้ แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามมาตรฐานการดูแลของ American Diabetes Association (ADA, ๒๐๒๕) แนวทางการพยาบาลทางไกลของ International Council of Nurses (ICN, ๒๐๒๓) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner และคณะ (๑๙๙๖)

๓.๓ ข้อเสนอ

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เพื่อเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการติดตาม ประเมินอาการ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ และส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองระหว่างรอบนัด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก ได้รับคำแนะนำอย่างรวดเร็ว และสามารถแก้ไขปัญหาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ขณะเดียวกันยังช่วยให้พยาบาลสามารถติดตาม เฝ้าระวัง และวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และยกระดับประสิทธิภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) สำหรับติดตามและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย

๒. เพื่อเพิ่มร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย (HbA1c < ๗%)

๓. เพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)

๔. เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมระบบบริการพยาบาลทางไกล

ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม ๒๕๖๙ – เมษายน ๒๕๗๐

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีค่า HbA1c ≥ ๗ % ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรับการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก่งหางแมว

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน						
	ต.ค. ๖๙	พ.ย. ๖๙	ธ.ค. ๖๙	ม.ค. ๗๐	ก.พ. ๗๐	มี.ค. ๗๐	เม.ย. ๗๐
๑. ทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกล	←						
๒. ดำเนินการจัดทำแนวทาง ระบบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing guideline)		←					
๓. นำแนวทางให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรายละเอียดความถูกต้องของเนื้อหา			←				
๔. นำแนวทางระบบบริการพยาบาลทางไกล ชี้แจงกับหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย			←	←			
๕. นำแนวทางระบบบริการพยาบาลทางไกลลงสู่การปฏิบัติ					←		
๖. ประเมินผล ระบบบริการพยาบาลทางไกล ทวนสอบความเข้าใจกับพยาบาลผู้ปฏิบัติ						←	
๗. ปรับปรุงแนวทาง ระบบบริการพยาบาลทางไกล การเพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้							←

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. โรงพยาบาลแก่งหางแมวมีระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing)สำหรับติดตามและสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ตามเป้าหมาย

๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมายเพิ่มขึ้น

๓. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ลดลง

๔. ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างรอบนัด

๕. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น

๖. ระบบบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพและสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น

๗. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาและสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพดิจิทัล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพในคลินิกโรคเรื้อรังสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกลได้อย่างถูกต้อง ≥ ร้อยละ ๑๐๐

๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย HbA1c < ๗% ≥ ร้อยละ ๔๐

๓. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ Hyperglycemia ไม่เกินร้อยละ > ๑

(ลงชื่อ).....ธิดาพร.....

(นางสาวธิดาพร กลางใจ) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....๑๙ ส.ค. ๒๕๖๙.....