

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลมะขาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

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 ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวช่อทิพย์ วิสุทธิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลมะขาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลมะขาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลมะขาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลมะขาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
๑	นางสาวช่อทิพย์ วิสุทธิ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๒๙๖๗	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๒๙๖๗	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)					๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน เรื่อง การพัฒนาแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน**

1. **เรื่อง** การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ**

   วันที่รับไว้ในการดูแล 21 สิงหาคม 2568 เวลา 20.55 น.

   วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 26 สิงหาคม 2568 เวลา 12.00 น.

   รวมรับไว้ในความดูแล 5 วัน

3. **ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน**

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด supraventricular tachyarrhythmia ที่มีการกระตุ้นของหัวใจห้องบน แบบกระจัดกระจายไม่เป็นระเบียบ เป็นผลทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไป โดยมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีรูปร่างของ P Wave หลายรูปแบบ มีความถี่เกินกว่า 350 ครั้งต่อนาที และไม่สม่ำเสมอ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) พบว่าอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของคนปกติ และโอกาสที่จะเกิดเส้นเลือดในสมองอุดตัน (stroke) เพิ่มขึ้น 2-7 เท่า และจะสูงขึ้นกว่านี้ ในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีโรคลิ้นหัวใจพิการ ความเสี่ยงในการเกิดเส้นเลือดในสมองอุดตันไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วกลุ่มใด นอกจากนี้ อัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วยังเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจห้องบนลดลง การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเสื่อมลง หรือ จากอัตราการเต้นของหัวใจที่สูงมาก ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว ยังทำให้เกิดความเสี่ยงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย (สุภาพร ขาวแก้ว, 2567)

พยาธิสรีระวิทยาของการเกิดภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation)

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) เป็น supraventricular tachyarrhythmia ที่มีการกระตุ้นของหัวใจห้องบนแบบกระจัดกระจายไม่เป็นระเบียบ ซึ่งเป็นผลให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไป โดยมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีรูปร่างของ P wave หลายรูปแบบ มีความถี่เกินกว่า 350 ครั้งต่อนาที และไม่สม่ำเสมอ

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) แบ่งได้เป็น 5 กลุ่มคือ (กุสุมา วันดีราช, 2567)

1. First diagnosed atrial fibrillation เป็น atrial fibrillation ที่วินิจฉัยพบเป็นครั้งแรก

2. Paroxysmal atrial fibrillation เป็น atrial fibrillation ที่เกิดขึ้นและกลับเป็น sinus rhythm ได้เอง ส่วนใหญ่กลับได้เองภายใน 24 ชั่วโมง แต่อาจเป็นนานได้ถึง 7 วัน

3. Persistent atrial fibrillation เป็น atrial fibrillation ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องนาน เกิน 7 วันหรือไม่สามารถกลับมาเต้นเป็นปกติได้เอง ต้องอาศัยการรักษาด้วยการกลับจังหวะ (cardioversion)

4. Long standing persistent atrial fibrillation เป็น atrial fibrillation ที่เป็นต่อเนื่องมานานกว่า 1 ปี โดยแพทย์และผู้ป่วยตัดสินใจพยายามรักษาให้กลับมาเต้นปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. Permanent atrial fibrillation เป็น atrial fibrillation ที่ไม่สามารถรักษาให้กลับมาเต้นเป็นปกติได้ด้วยวิธีการต่างๆ หรือเป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ที่แพทย์และผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะไม่พยายามรักษาให้กลับมาเต้นเป็นปกติหากแต่จะคุมอัตราเท่านั้น

สาเหตุ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ โรคหัวใจชนิดต่างๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานไทรอยด์ อ้วน โรคทางเดินหายใจ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคไตเรื้อรัง ภาวะเครียดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนจัด การสูบบุหรี่ ผ่าตัดหัวใจ นอกจากนี้อาจเกิดได้โดยไม่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับโรคใดๆ จัดเป็นความผิดปกติของระบบไฟฟ้าในหัวใจแต่เพียงอย่างเดียว

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดปกติที่ซับซ้อน กลไกการเกิดอาจจะมีได้หลายแบบ แบ่งเป็น 3 หลักดังนี้ (นางสาวดารณี เจริญรื่น และนางนงนุช แนะแก้ว, 2562)

1. จุดกำเนิดไฟฟ้าที่ผิดปกติ (focal activation) ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายในหัวใจ เป็นความผิดปกติทางกายวิภาค (structural remodeling) ของหัวใจห้องบนจะเห็นได้ตั้งแต่ระดับจุลภาค คือ มีการเปลี่ยนรูปร่างของเซลล์ เกิดการขยายขนาดของเซลล์ (hypertrophy) มีการเพิ่มขึ้นของสารระหว่างเซลล์ รวมทั้งการแทรกตัวของเซลล์พังผืดที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อการเปลี่ยนแปลงในระดับจุลภาคมากก็จะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคของหัวใจห้องบนมีขนาดขยายใหญ่ขึ้น ผนังหนาขึ้น มีความยืดหยุ่นลดลง เป็นต้น ความผิดปกติที่เกิดขึ้นควบคู่กับความผิดปกติทางกายวิภาค คือ ความผิดปกติทางคุณสมบัติการนำไฟฟ้า (electrical remodeling) โดยพบการเปลี่ยนแปลงของการฟื้นตัวในการนำไฟฟ้า (refractory period)

2. วงจรไฟฟ้าหมุนวนหลายตำแหน่ง (multi re-entrant circuits) จากพยาธิสภาพต่างๆ ที่ทำให้พังผืดเพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้าของเซลล์หัวใจ (structural electrical remodeling) ซึ่งนำไปสู่การนำไฟฟ้าที่ผิดปกติเกิดเป็นวงจรหมุนวนขึ้น ในปัจจุบันเชื่อว่า ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว เป็นการหมุนวนของกระแสการนำไฟฟ้าในหัวใจห้องบน โดยที่วงจรการหมุนวนมีหลายวงจรทับซ้อนกัน แต่ละวงจรมีขนาดเล็กและไม่คงที่ (multiple wavelet hypothesis) โดยที่ความผิดปกติทางกายวิภาค (structural remodeling) และทางคุณสมบัติการนำไฟฟ้า (electrical remodeling) จะมีส่วนในการสนับสนุน การเกิดและคงอยู่ของการหมุนวนของกระแสการนำไฟฟ้าดังกล่าว การเกิดการหมุนวนของกระแส การนำไฟฟ้าในหัวใจห้องบน ในภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) มี trigger foci ซึ่งมักจะอยู่บริเวณหลอดเลือดดำที่ติดต่อกับหัวใจห้องบน (cardiac veins) โดยเฉพาะหลอดเลือดดำจากปอดที่นำเลือดเข้าสู่หัวใจห้องซ้ายบน (pulmonary veins) นอกจาก trigger foci ที่เป็นแหล่งกำเนิดของ triggered activity แล้ว บางส่วนของหัวใจห้องบนอาจจะเป็นส่วนสำคัญในการเกิดการหมุนวนของกระแส การนำไฟฟ้า โดยเฉพาะบริเวณด้านหลังของหัวใจห้องบนซ้ายและผนังกั้นหัวใจห้องบน นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนว่ากลไกหลักของการเกิดการหมุนวนของกระแสการนำไฟฟ้าอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงตามพยาธิสภาพของหัวใจห้องบน และชนิดของภาวะหัวใจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) โดยพบว่าในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเพียงเล็กน้อย และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว เป็นชนิดที่เป็นๆหายๆ (paroxysmal AF) trigger foci จะมีบทบาทสูง ส่วนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจห้องบนมาก และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วเป็นชนิดที่ไม่หายเอง (persistent AF) substrate area จะมีบทบาทเพิ่มขึ้น

3. ผู้ป่วยบางรายอาจมีกลไกของจุดกำเนิดไฟฟ้าที่ผิดปกติ และวงจรไฟฟ้าหมุนวนหลายตำแหน่งร่วมกันทั้ง2 แบบ

ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) เป็นภาวะที่จุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจ ที่ไม่ได้เกิดจาก SA node แต่เกิดจากจุดกำเนิดในหัวใจห้องบนมากกว่า 1 จุด ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้น ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) จากการตรวจ ECG 12 Leads จะพบว่า (กุสุมา วันดีราช, 2567)

1. P wave หายไป มี Fibrillation (F) wave ลักษณะเป็นเส้นหยักไปมา ไม่สม่ำเสมอ เห็นชัดใน Lead II, III, aVF และ V2 แต่รูปร่างของ QRS complex ปกติ

2. ความถี่ของ P wave (Atrial rate) อยู่ในช่วง 350-600 ครั้งต่อนาที

3. ส่วนใหญ่ RR interval จะไม่สม่ำเสมอ

ผลจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ทำให้ Atrioventricular node (AV node) ไม่สามารถนำกระแสไฟฟ้าทั้งหมดจากหัวใจห้องบนเข้าสู่ห้องล่างได้ อัตราการเต้นของหัวใจห้องล่าง (ventricular rate: VR) จึงมีความแตกต่างกัน หาก VR มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที เรียกว่า AF with Rapid Ventricular Response (AF with RVR) หาก VR อยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที เรียกว่า AF with Moderate Ventricular Response (AF with MVR) และหาก VR น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที เรียกว่า AF with Slow Ventricular Response (AF with SVR)

อาการ อาการอาจเป็นๆ หายๆ หรือเป็นต่อเนื่องเรื้อรัง ซึ่งแต่ละคน จะไม่เหมือนกัน บางคนอาจไม่มีอาการ ผู้ป่วยอาจมีอาการใจสั่นหรือใจเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ เหนื่อย อ่อนเพลีย เจ็บ แน่นหน้าอก เวียนศีรษะ หรือเป็นลม หมดสติ ใจสั่น หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ

การวินิจฉัย ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ในการวินิจฉัยนั้น สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้ (ธนพล บรรดาศักดิ์,กนกพร เทียนคำศรี และสุนทรี สิทธิสงคราม, 2560)

1. การซักประวัติ ผู้ป่วยอาจมีอาการที่แตกต่างกัน เช่น ใจสั่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นต้น การซักประวัติควรถามถึง ความถี่ ระยะเวลาที่เป็น และสิ่งที่อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการ นอกจากนี้ประเด็นที่ควรซักประวัติเพิ่มเติม คือ โรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นต้น เพราะโรคประจำตัวดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วได้

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) การวินิจฉัย จำเป็นต้องอาศัย ECG เป็นหลักในการวินิจฉัย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจผ่านทรวงอก (transthoracic echocardiography) การตรวจดังกล่าวจะช่วยในการค้นหาความผิดปกติของลิ้นหัวใจ ขนาดของห้องหัวใจ การทำงานของหัวใจห้องล่าง และความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ

4. การเอกซเรย์ปอด (chest X-ray) เพื่อประเมินขนาดของหัวใจและความผิดปกติของปอด

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจที่สำคัญ ได้แก่ Complete Blood Count (CBC) และ Thyroid Function Test (TFT) ความผิดปกติของการตรวจนี้ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) เช่น การติดเชื้อ และ ภาวะ Hyperthyroidism เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) มีหลากหลายปัจจัย ซึ่งในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไป สามารถสรุปได้ ดังนี้ (ธนพล บรรดาศักดิ์,กนกพร เทียนคำศรี และสุนทรี สิทธิสงคราม, 2560)

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น เพศ อายุ (มากกว่า 70 ปี) และพันธุกรรม เป็นต้น

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจรูมาติก โรคหัวใจวาย โรคลิ้นหัวใจรั่ว/ตีบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

3. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวกับโรคหัวใจ เช่น โรคปอดอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน การสูบบุหรี่ ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) หลักการดูแลรักษาทั่วไปประกอบด้วย (ธนพล บรรดาศักดิ์,กนกพร เทียนคำศรี และสุนทรี สิทธิสงคราม, 2560)

1. การดูแลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (stroke prevention) โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ที่อันตราย ซึ่งแพทย์มักจะป้องกันด้วยการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น Warfarin เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันอวัยวะต่างๆ เช่น สมอง เป็นต้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด คือ การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย (bleeding) โดยการประเมิน Internal bleeding และ External bleeding การเฝ้าระวัง Drug interaction เช่น Vitamin K และการติดตามค่า INR ของผู้ป่วย

2. การควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ (rate control) ผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว แต่ไม่ปรากฏอาการ และไม่พบอาการของภาวะหัวใจวาย กำหนดชีพจรขณะพักให้น้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาที กลุ่มยาที่ใช้ส่วนใหญ่คือ Beta-Blocker เช่น Propranolol และ Calcium Channel Blocker เช่น Verapamil และ Diltiazem และยาอื่นๆ เช่น Digoxin และ Amiodarone บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ การบริหารยาให้ตรงเวลาและสังเกตอาการข้างเคียงหลังจากได้รับยา เช่น ชีพจรเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง เป็นต้น ซึ่งหากพบว่าชีพจรน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ควรจะหยุดยาและรายงานแพทย์ให้ทราบต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. การควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ (rhythm control) การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าจาก Atrial fibrillation เป็น Normal Sinus Rhythm (NSR) จะช่วยลดอาการแสดงได้

การควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ประกอบด้วยการใช้ยากลุ่ม Antiarrhythmics เช่น Amiodarone การช็อคไฟฟ้า (synchronized cardioversion) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (pacemaker) การจี้ด้วยคลื่นไฟฟ้าความถี่สูง (radiofrequency Ablation) ซึ่งการจี้ด้วยคลื่นไฟฟ้าความถี่สูง มักจะใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยา หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างบีบตัวไม่ดี ซึ่งยากลุ่ม Antiarrhythmics จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้วได้

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดย

1) ลดน้ำหนักในผู้ที่มีดัชนีมวลกาย > 27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

2) ออกกำลังกายระดับปานกลางถึงหนัก 210 นาทีต่อสัปดาห์

3) การเลิกบุหรี่

4) ลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์

5) การควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสม

6) การตรวจคัดกรองการหายใจผิดปกติขณะนอนหลับ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation)

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) เป็นความผิดปกติของหัวใจห้องบนที่ไม่สามารถส่งคลื่นไฟฟ้ามายังหัวใจห้องล่างได้ (loss of atrial kick) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว นำมาซึ่งปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Output ลดลง เป็นผลจากการบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่

1.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Cardiac output ลดลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ความดันโลหิตลดลง เป็นต้น

1.2 Monitor EKG และประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดอย่างน้อยทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง

1.3 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และติดตามค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

1.4 บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อติดตามการทำงานของไต หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ให้ทราบ

1.5 ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับยากลุ่ม Antiarrhythmics เช่น Amiodarone อาจจะเป็นในรูปแบบของยารับประทานหรือยาฉีด ซึ่งพยาบาลควรเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตลดลง ชีพจรเต้นช้าลง หากความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือชีพจรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ครั้งต่อนาที พยาบาลควรหยุดการให้ยาและรายงานให้แพทย์ทราบ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลมาจากเลือดในหัวใจห้องบนจับตัวกันเป็นลิ่มเลือด นำไปสู่การเกิด Emboli การพยาบาลที่สำคัญคือ การประเมินอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว เป็นต้น ซึ่งต้องรายงานแพทย์ให้ทราบ เพื่อให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น Warfarin บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก (bleeding precaution) และ ติดตามค่า INR

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (discharge planning) มีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองได้ เมื่อออกจากโรงพยาบาล ซึ่งควรมีการวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามานอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันส่วนใหญ่นิยมใช้ หลักของ D-METHOD และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงได้ใช้หลักการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบของ D-METHOD มาวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

D-Diagnosis เป็นการอธิบายเกี่ยวกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ในประเด็นปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น อาการและอาการแสดง เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย และอาจหมดสติ และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะมีอาการปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

M-Medication เป็นการอธิบายเกี่ยวกับคำแนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา และปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา

E-Environment ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน เช่น การแนะนำให้ไปรพ.สต.ใกล้บ้านเพื่อตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

T-Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของตนเอง และรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์และพยาบาลทราบ ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ หากผู้ป่วยได้รับยา Warfarin กลับไปรับประทาน คือ การเจาะเลือดติดตามค่า INR โดยช่วง INR ที่เหมาะสม คือ 2.0 - 3.0 เนื่องจากจะมีโอกาสเกิดก้อนเลือดอุดตันที่สมองและเลือดออกในสมองอยู่ในระดับต่ำที่สุดได้

H-Health ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตน เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพเอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งคำแนะนำที่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การนับชีพจรเต็มนาที การหลีกเลี่ยงในการซื้อยารับประทานเอง เพราะอาจเกิด Drug interactions ได้ อีกทั้งคำแนะนำที่สำคัญคือการให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ใจสั่นแน่นหน้าอก หายใจเร็วและเหนื่อย ปวดศีรษะ วูบ การมองเห็นแย่ลง และมีจุดเลือดออกตามร่างกาย (เหงือก ปัสสาวะ และอุจจาระ)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

O-Out Patient ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน เช่น ใจสั่น หมดสติ แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

D-Diet ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่มได้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ซึ่งพบว่า การดื่มสุราปริมาณมากหรือดื่มหนัก (heavy alcohol drinkers) จะเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว แต่การดื่มสุราที่พอประมาณ (moderate alcohol drinkers) และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 53 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง จบการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สิทธิการรักษา บัตรทองในเขต

วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2568 เวลา 20.55 น.

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2568 เวลา 20.55 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 26 สิงหาคม 2567 เวลา 12.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 26 สิงหาคม 2567 เวลา 12.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 5 วัน

รวมวันที่รับไว้ในความดูแล 5 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ใจสั่น 5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติขณะทำอาหาร มีอาการใจสั่น ไม่มีเจ็บหน้าอกไม่มีอาการปวดท้อง มีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่เหนื่อย ไม่บวม ไม่มีไข้ ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น จึงนั่งพักอาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคไทรอยด์ ขาดยาและขาดนัดติดตามอาการ 10 ปี ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการดื่มสุรา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ

ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกาย

หู	ลักษณะของใบหูสมมาตรเท่ากันทั้งสองข้างรูปร่างปกติ คลำไม่พบเนื้องอกไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตภายนอกหูไม่มีอาการอักเสบ การได้ยินปกติเท่ากันทั้งสองข้าง
จมูก	ปีกจมูกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี โพรงจมูกไม่บวมแดง สามารถดมกลิ่นได้ปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีกดเจ็บบริเวณไซนัส คลำไม่พบก้อนเนื้องอก
ช่องปาก	ริมฝีปากไม่ซีด ไม่แห้ง ไม่มีปากแหว่งเพดานโหว่เยื่อบุช่องปากชุ่มชื่นดี ไม่มีอาการอักเสบหรือบวมแดง ขากรรไกรสบกันดีสภาพฟันปกติ สภาพเหงือกไม่มีการอักเสบ ความสะอาดของช่องปากปกติ
คอ	การเคลื่อนไหวของคอดี หันซ้าย-ขวาได้ปกติ สามารถต้านแรงได้ดี คลำไม่พบก้อน ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต การกลืนอาหารทำได้ปกติ
หัวใจ	ฟังเสียงหัวใจเต้นปกติ จังหวะเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ 163 ครั้งต่อนาที การแปลผลเป็นหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)
ปอด	ลักษณะทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มีลักษณะอกนุ่ม อกไก่ หรือ อกถัง เคาะปอดได้ยินเสียงโปร่งเท่ากันลักษณะการหายใจปกติการยกตัวของปอดเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
ท้อง	ผิวหน้าท้องหนามีไขมัน คลำท้องนุ่ม ด้านซ้ายและด้านขวาสมมาตรกันดี ไม่มีผื่นหรือรอยโรค คลำไม่พบก้อนเนื้อ ไม่พบตับหรือม้ามโต คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ
อวัยวะเพศ	รูเปิดปกติดี ปัสสาวะออกได้เอง หมดประจำเดือน
กล้ามเนื้อและข้อ	รูปร่างแขนและขาสองข้างสมมาตรกันดี ไม่มีอ่อนแรง เคลื่อนไหวข้อต่างๆได้ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.CBC (21 สิงหาคม 2568)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
WBC	4,000 - 10,000	9100	ปกติ
NEU	40 - 75	70.69	ปกติ
LYM	20 - 50	19.08	ต่ำกว่าค่าปกติ
EOS	0 - 6	1.22	ปกติ
HGB	11 - 16	12.8	ปกติ
HCT	37 - 54	39.7	ปกติ
PLT	140,000 - 400,000	175,000	ปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

2. Electrolyte

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ 21สิงหาคม 2568	ผลการตรวจ 22สิงหาคม 2568	ผลการตรวจ 23สิงหาคม 2568	แปลผล
Sodium	135 - 145	140.6	138.2	139.3	ปกติ
Potassium	3.5 - 5.5	3.64	3.94	4.07	ปกติ
Chloride	98 - 108	106.7	104	105.6	ปกติ
Carbon Dioxide	21 - 28	24.6	21.8	27.8	ปกติ

3. BUN/Cr (21 สิงหาคม 2568)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
BUN	5 - 25	12.4	ปกติ
Creatinine	0.7 - 1.3	0.69	ปกติ
eGFR		99.71(Stage1)	ปกติ

4. Calcium/Magnesium/Phosphorus

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ 21 สิงหาคม 2568	ผลการตรวจ 23 สิงหาคม 2568	แปลผล
Calcium	8.6 - 10.2	8.48	8.84	ต่ำกว่าค่าปกติ
Magnesium	1.8 - 2.6	2.0	2.02	ปกติ
Phosphorus	2.5 - 4.5	4.82		สูงกว่าค่าปกติ

5. PT/INR (23 สิงหาคม 2568)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
PT	10.2 - 12.6	13	สูงกว่าค่าปกติ
INR	0.7 - 1.3	1.14	ปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

6.Thyroid Function Test (23 สิงหาคม 2568)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
Free T3	2.77 - 5.27	2.21	ต่ำกว่าค่าปกติ
Free T4	0.78 - 2.19	1.11	ปกติ
TSH	0.4001 - 4.0490	2.629	ปกติ

7.Liver Function Test (23 สิงหาคม 2568)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
Total protein	6.4 - 8.3	7.5	ปกติ
Albumin	3.5 - 5.2	3.91	ปกติ
Globulin	0.5 - 3.2	3.59	สูงกว่าค่าปกติ
Total bilirubin	0 - 2	0.54	ปกติ
Bilirubin Direct	0 - 0.2	0.25	สูงกว่าค่าปกติ
Bilirubin Indirect	0 - 0.5	0.29	ปกติ
SGOT	0 - 35	14.06	ปกติ
SGPT	0 - 45	16.79	ปกติ
Alkaline phosphatase	53 - 128	35.44	ต่ำกว่าค่าปกติ

วิเคราะห์และแปลผล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 21 สิงหาคม 2568 พบ Calcium ต่ำกว่าค่าปกติ อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ กล้ามเนื้อและกระดูก พบ Phosphorus สูงกว่าค่าปกติ ซึ่งมักเกิดจากไตทำงานผิดปกติ แต่ในผู้ป่วยรายนี้ค่าการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ พบ Globulin และBilirubin Direct สูงกว่าค่าปกติ ร่วมกับค่า Albumin เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2568 ซึ่งต่ำกว่าปกติอาจบ่งชี้ว่าการทำงานของตับและไตผิดปกติ และพบว่า Alkaline phosphatase ต่ำกว่าค่าปกติ อาจเกิดจากภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำ ผล Thyroid function test เมื่อ 23 สิงหาคม 2568 พบค่า Free T3 ต่ำกว่าค่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวเป็นไทรอยด์ ขาดยา 10 ปี

การวินิจฉัยของแพทย์

Atrial Fibrillation

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

ผู้ป่วยหญิง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2568 ด้วยอาการ ใจสั่น นานประมาณ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะทำอาหาร ผู้ป่วยให้ประวัติว่าไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ปวดท้อง เหนื่อย หอบ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เหงื่อออก ตัวเย็น หรือมีไข้

ระยะรับไว้รักษาที่แผนกฉุกเฉิน (ER)

แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน เวลา 18.35 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Scale = E4V5M6 ตรวจร่างกายพบ Motor power grade 5 ทุกแขนขา รูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดี ทั้งสองข้าง สัญญาณชีพแรกรับพบ อัตราการเต้นของหัวใจ 168 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/76 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส และค่าออกซิเจนในเลือด 99% ตรวจปอดไม่พบความผิดปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นพบ DTX = 103 mg% ผลเอกซเรย์ทรวงอกไม่พบการแทรกซึมหรือหัวใจโต ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG พบ Atrial fibrillation (AF) rate 163 bpm ไม่มี ST-T change แพทย์ให้การรักษาด้วย สารน้ำ Acetar IV โดยให้ loading dose 500 ml จากนั้นให้ IV drip อัตรา 60 ml/ชั่วโมง ร่วมกับให้ Amiodarone 150 mg ผสม 5% D/W 100 ml IV drip ภายใน 30 นาที หลังได้รับ Amiodarone ประมาณ 15 นาที สัญญาณชีพเริ่มคงที่ขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลงเล็กน้อย และหลังได้รับยาครบ 30 นาที อัตราการเต้นของหัวใจลดลงอยู่ในช่วง 130 – 140 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการใจสั่นลดลง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ จึงได้รับยา Omeprazole 40 mg IV และ Metoclopramide 10 mg IV อาการดีขึ้น แพทย์พิจารณาให้ Amiodarone 600 mg ผสม 5% D/W 500 ml IV drip ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง พร้อมติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที ผลการตรวจ Electrolyte พบค่า Potassium 3.64 mmol/L จึงให้ผู้ป่วยรับประทาน Potassium chloride tablet เพื่อรักษาระดับโพแทสเซียมให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

ระยะรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในเวลา 21.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หรืออาการทางระบบประสาท สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ได้รับการดูแลให้ Amiodarone IV drip โดยใช้เครื่อง Infusion pump มีการประเมินตำแหน่งให้สารน้ำและยาอย่างต่อเนื่อง ไม่พบอาการบวม แดง ร้อน หรือปวดบริเวณที่แทงเข็ม ผู้ป่วยได้รับการแนะนำให้พักผ่อนบนเตียง มีญาติช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด และมีการติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งอยู่ในช่วงเป้าหมายตลอดช่วงเวลา

การดำเนินโรคระหว่างนอนโรงพยาบาล

วันที่ 22 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกลิ้นปี่เล็กน้อยในช่วงเช้า ได้รับยา Omeprazole IV อาการดีขึ้น ผล EKG ยังพบ Atrial Fibrillation แต่ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจได้ ต่อมาในช่วงสายพบอัตราการเต้นของหัวใจลดต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณา หยุด Amiodarone และติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่นหรืออาการไม่พึงประสงค์อื่น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วันที่ 23 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยอาการคงที่ ไม่มีใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก เนื่องจากยังมีภาวะหัวใจเต้นช้าร่วมกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation จึงมีการพิจารณาเริ่มยา Warfarin หลังอธิบายข้อมูลความเสี่ยง และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซอนจากการใช้ยา

วันที่ 25 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ ตรวจ EKG พบ Sinus bradycardia แพทย์พิจารณาหยุดยา Propranolol และให้การรักษาตามอาการ อาการเวียนศีรษะลดลงหลังพักผ่อนและได้รับยา

ระยะก่อนจำหน่าย

วันที่ 26 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หรืออ่อนแรง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ ตรวจ EKG พบ Sinus bradycardia แต่อาการทางคลินิกปกติ แพทย์ให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมนัดติดตามตรวจ PT INR และ EKG ก่อนพบแพทย์อายุรกรรมในวันที่ 1 กันยายน 2568

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อที่ 1 มีภาวะหัวใจเต้นเร็วและผิดจังหวะเสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง

ข้อที่ 2 มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบเนื่องจากการได้รับยา Amiodarone

ข้อที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์จากยา Amiodarone

ข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและส่วนต่างๆของร่างกายจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)

ข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในส่วนต่างๆ ของร่างกายเนื่องจากได้รับยาต้านการเกิดลิ่มเลือด

ข้อที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อที่ 1 มีภาวะหัวใจเต้นเร็วและผิดจังหวะเสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า“รู้สึกใจสั่นๆ”

O : สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 168 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

: EKG Atrial Fibrillation rate 163 ครั้งต่อนาที (วันที่ 21 สิงหาคม 2568 เวลา 18.40 น.)

วัตถุประสงค์

เพื่อควบคุมให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 60 - 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 - 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ความดันเลือดแดงเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดขณะหายใจปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 94 เปอร์เซ็นต์

- EKG เป็น Sinus rhythm อัตรา 60 - 110 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. Monitor EKG และ บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง

2. ประเมินอาการใจสั่น หอบเหนื่อย อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะออกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ความดันโลหิตลดลง เมื่อพบให้รายงานแพทย์

3. จัดท่านอนท่า Fowler's position เพื่อลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจ

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Amiodarone 900 มิลลิกรัม + 5% DW 500 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำใน 24 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจทุก 2 ชั่วโมง หากความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ครั้งต่อนาที ควรรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อหยุดการให้ยา

5. ดูแลให้ Atenolol 50 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และ Warfarin 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน ตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อน และช่วยเหลือให้ทำกิจกรรมบนเตียง

7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและรถ emergency ให้พร้อมใช้ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทันท่วงที ในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน

การประเมินผล

วันที่ 21 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจ 80 - 106 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/97 - 137/88 mmHg ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 - 99 เปอร์เซ็นต์ คลื่นหัวใจยังคงเป็น Atrial Fibrillation

วันที่ 22 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจ 56 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 131/94 มิลลิเมตรปรอท ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ความดันเลือดแดงเฉลี่ย 86.33 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้หยุดการให้ยา Amiodarone

วันที่ 23 - 24 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจ 52 - 58 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/72 มิลลิเมตรปรอท ความดันเลือดแดงเฉลี่ย 93.33 มิลลิเมตรปรอท ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ EKG เป็น Sinus bradycardia rate 52 bpm

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วันที่ 25 - 26 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจ 50 - 55 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/60 มิลลิเมตรปรอท ความดันเลือดแดงเฉลี่ย 81.67 มิลลิเมตรปรอท ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ EKG เป็น Sinus bradycardia rate 49 bpm

ข้อที่ 2 มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบเนื่องจากการได้รับยา Amiodarone

ข้อมูลสนับสนุน

S : ขณะให้ยาผู้ป่วยบ่นว่า"รู้สึกเจ็บหลังมือขวา ตรงเข็มที่ให้ยา"

O : บริเวณที่คาเข็มหลังมือข้างขวา เป็นรอยแดงยาว 1 นิ้ว

: pain score = 2-3 คะแนน

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอาการปวดหลังมือข้างขวา และไม่พบการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลายเพิ่ม

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่บ่นปวดบริเวณหลังมือข้างขวา pain score < 3
- ไม่มีอาการแสดงของหลอดเลือดส่วนปลายอักเสบที่ตำแหน่งใหม่ และตำแหน่งเดิมอาการลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. บริหารยาโดยการใช้ Infusion pump control เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่คงที่
2. เปลี่ยนตำแหน่งให้ยา โดยเลือกหลอดเลวือดที่เหมาะสมหลีกเลี่ยงบริเวณข้อต่อและเลือก catheter ที่เหมาะสมกับขนาดของหลอดเลือด
3. ดูแลประคบเย็น บริเวณหลังมือขวา เพื่อลดอาการปวดและอักเสบของหลอดเลือด
4. ให้รับประทานยา paracetamol (500) 1 tab เพื่อลดอาการปวด
5. ประเมิน pain score เพื่อประเมินคะแนนความปวด
6. สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณข้อมือขวา และบริเวณหลังมือขวาเพื่อประเมินความรุนแรงเกี่ยวกับการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลายและรายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมการรักษา

ประเมินผล

บริเวณข้อมือขวาปวดลดลง pain score = 1 ไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง ร้อนบริเวณหลังมือขวาเพิ่มขณะที่ให้ยา ผู้ป่วยบอกว่าประคบเย็นแล้วรู้สึกสบายขึ้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์จากยา Amiodarone

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า "รู้สึกเจ็บหลังมือขวา ตรงเข็มที่ให้ยา "

: ผู้ป่วยบอกว่า "เวียนศีรษะ"

O : ได้รับยา Amiodarone IV drip

: บริเวณหลังมือข้างขวาเป็นรอยแดงยาว 1 นิ้ว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ของยา Amiodarone

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาการหรืออาการแสดง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยา Amiodarone
- สัญญาณชีพปกติหรือไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
- ไม่มีหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยา Amiodarone ทางหลอดเลือดดำ

กิจกรรมการพยาบาล

1.ดูแลให้ยา Amiodarone ได้ถูกต้องตามหลักการบริหารยา ประเมินอาการของผู้ป่วยขณะได้รับยา รายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาเมื่อมีความผิดปกติที่ไม่อาจให้ยาหรือผู้ป่วยรับยาไม่ครบตามขนาดที่ให้การรักษา และลงบันทึกในใบบันทึกทางการพยาบาล

2. ดูแลให้ยา Dramamine 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดอาการเวียนศีรษะตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมติดตามอาการหลังได้รับยา

3. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Amiodarone เช่น ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ หรือรู้สึกจะเป็นลม ตาพร่า ปวดศีรษะ ปวดบริเวณด้านหลังของดวงตา รู้สึกใจสั่น หายใจหอบ มึนงง คลื่นไส้อาเจียน

4. สังเกตและประเมินผิวหนังบริเวณที่ให้ยา Amiodarone ทางหลอดเลือดดำว่ามีอาการปวดแสบ ร้อน บวมแดง หรือไม่ เนื่องจากยา Amiodarone ส่งผลให้เพิ่มอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ

5. ดูแลเปลี่ยนตำแหน่งที่ให้สารน้ำใหม่ โดยเลือกตำแหน่งที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวน้อยที่สุด ดูแลประคบด้วยความเย็นใน 24 ชั่วโมงแรก และประคบร้อนในวันต่อมาเพื่อลดอาการบวม

6. ดูแลความสุขสบายทั่วไปของผู้ป่วย กรณีที่พบว่ามีอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น อาการเวียนศีรษะอ่อนเพลีย หรือ ตาพร่ามัว ดูแลให้นอนพักบนเตียง จัดให้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อนในท่านอนที่สุขสบาย ส่งเสริมให้มีการพักผ่อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. เฝ้าระวังและติดตามอาการที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดแดงส่วนปลาย เช่น อาการปลายมือปลายเท้าเย็น มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ผิวหนังบริเวณที่มีการอุดตันซีดลง แขนหรือขา ที่มีการอุดตันจะมีขนาดบวมกว่าข้างที่ปกติ

5. ดูแลให้ยา Warfarin 2 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตผลข้างเคียงของยา

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale = 15 คะแนน ขนาดรูม่านตาปกติ 2 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงปกติ การเคลื่อนไหวแขนและขาปกติ ไม่มีอาการแสดงของการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมอง และอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดหรือส่วนอื่นๆของร่างกาย EKG ยังเป็น Atrial Fibrillation อัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย 94-100 ครั้งต่อนาที

ข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในส่วนต่างๆ ของร่างกายเนื่องจากได้รับยาต้านการเกิดลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

O : ผู้ป่วยได้รับยา Warfarin (2 mg) 1 tab oral hs

: ผล PT 13.0 INR 1.14 (วันที่ 23 สิงหาคม 2568)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในส่วนต่างๆ ของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออกตามร่างกาย และอาการแสดงของเลือดออก ในระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ผล PT 10.2 - 12.6 วินาที, INR 2 - 3 ไม่มีจ้ำเลือดตามร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. Monitor สัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชั่วโมง และประเมินการถ่ายเป็นเลือด และจ้ำเลือดตามตัว หากมีเลือดออกเพิ่มขึ้น รายงานให้แพทย์ทราบทันที

2. ดูแลให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา Warfarin ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ดูแลให้การพยาบาลอย่างระมัดระวังที่จะเกิดบาดแผล นุ่มนวล เบามือ

4. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังในการทำกิจกรรมต่างๆป้องกันไม่ให้ เกิดการกระแทกส่วนต่างๆของร่างกาย ระวังการพลัดตกหกล้ม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี หลังจากได้รับยาบรรเทาอาการเวียนศีรษะลดลง ไม่พบอาการแพ้ยาหรือปวดศีรษะรุนแรงหรือหายใจลำบาก พบผิวหนังบริเวณที่ให้ยา Amiodarone มีภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ Grade 1 แดงรอบบริเวณที่แทงเข็ม ปวด pain score 2 คะแนน หลังจากที่เปลี่ยนตำแหน่งให้ยา ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือบวมแดง บริเวณที่เคยให้ยาเดิมมีอาการแดงลดลง สัญญาณชีพ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.0 -37.3 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ 56 - 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/76 - 146/84 มิลลิเมตรปรอท EKG ยังเป็น Atrial Fibrillation rate 97 bpm

ข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและส่วนต่างๆของร่างกายจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)

ข้อมูลสนับสนุน

O : EKG Atrial Fibrillation rate 163 bpm

: สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 168 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

: CHA_2DS_2-VASc score = 2

: มีประวัติโรคไทรอยด์ ขาดการรักษา 10 ปี

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและส่วนต่างๆของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

- EKG เป็น Sinus rhythm อัตรา 60-110 ครั้งต่อนาที
- ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและส่วนต่างๆของร่างกาย
- ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale ไม่ลดลงจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน
- ผู้ป่วยลืมตาหลับตาเอง ขนาดรูม่านตาปกติ 2-6 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงปกติ
- การเคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้องกำลังแขนขาปกติมีแรงเท่ากันดีทั้ง 2 ข้าง

กิจกรรมการพยาบาล

1. Monitor EKG และ บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง

2. ประเมินความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมอง โดยประเมินและสังเกตอาการต่อไปนี้ Glasgow coma scale ขนาดของ pupil และปฏิกิริยาตอบสนอง ความแรงของกล้ามเนื้อแขนขา อาการชัก ความรู้สึกตัว การรับรู้ การเคลื่อนไหวร่างกาย หากมีสัญญาณเตือนถึงความผิดปกติเกิดขึ้นเตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือด้วยความรวดเร็วและรายงานแพทย์ทันที

3. ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดเช่น อาการเหนื่อยที่เป็นขึ้นทันทีทันใด อาการเจ็บหน้าอก หรือไอเป็นเลือด ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว ฟังปอดพบ pleural friction rub

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้สังเกตอาการที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกในสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะ หน้ามืด เวียนศีรษะ คลื่นไส้อ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม รู้สึกเจ็บหรือปวดบริเวณแขน หลัง คอ ขากรรไกร หรือช่วงท้อง รู้สึกชาหรือคล้ายมีเข็มทิ่มบริเวณเท้า หรือมือ บริเวณเท้าหรือมือแดง แสบร้อน หรือปวดตุบๆ เจ็บหน้าอก กระบวนการรับรู้และการสื่อสารเปลี่ยนไป เป็นลม ชัก หากพบอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทันที

6. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้สังเกตอาการที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกตามร่างกาย ได้แก่ จ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน ปวดท้อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พบจุดเลือดออกจากส่วนต่างๆของร่างกาย ผล PT และ INR ยังไม่ได้ตามเกณฑ์การรักษา และยังไม่ได้รับการเจาะติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป หลังได้รับยา warfarin

ข้อที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยหัวใจเต้นแรงขนาดนี้ นี่เป็นครั้งแรก”

O : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจแนวทางการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติเพื่อสร้างความไว้วางใจ และเล่าสิ่งที่วิตกกังวลให้ฟัง

2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา กระบวนการดูแลรักษา พร้อมทั้งให้ความมั่นใจและความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

3. ให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยในระยะวิกฤต เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ทุก 30 นาที พร้อมทั้งแจ้งผลการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะ

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งระบายความรู้สึกวิตกกังวล

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. เปิดโอกาสให้ญาติอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา 1 คน

7. ให้กำลังใจและประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดการยอมรับและสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้

ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางที่ผ่อนคลายลง รับทราบแผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษา พยาบาลเป็นอย่างดี มีบุตรดูแลใกล้ชิด

สรุปกรณีศึกษา

21 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยหญิงมาด้วย 5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล 13.00น. ผู้ป่วยให้ประวัติขณะทำอาหาร มีอาการใจสั่น ไม่มีเจ็บหน้าอกไม่มีปวดท้อง คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่เหนื่อย ไม่บวม ไม่มีไข้ ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น แรกรับที่ ER 18.35 น.รู้สึกตัวดี E4V5M6 Moter power gr. 5 all pupil 2 mm RTL both eye สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 168 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ผล Chest X-ray : No infiltration , No cardiomegaly ผล EKG เป็น Atrial fibrillation rate 163 bpm แพทย์วินิจฉัยเป็น Atrial fibrillation ให้ Amiodarone 150 mg + 5% D/W 100 ml iv drip in 30 min then Amiodarone 600 mg + 5% D/W 500 ml iv drip in 24 hr. ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Monitor EKG ทุก 1 ชั่วโมง. (keep HR 60-110 bpm ,MAP > 65 mmHg, SpO2 >94%) สัญญาณชีพอยู่ในช่วงระหว่าง อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 - 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต SBP 128-137 มิลลิเมตรปรอท DBP 88 - 97 มิลลิเมตรปรอท ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-99 เปอร์เซ็นต์ ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย 104-107 มิลลิเมตรปรอท Intake/Output Intake = 1100 ml Output = 300 ml ผู้ป่วยสามารถนอนพักได้ ไม่มีอาการใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก 22 สิงหาคม 2568 11.30น.พบสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 56 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 131/94 มิลลิเมตรปรอท ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ความดันเลือดแดงเฉลี่ย 86.33 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการใจสั่น รายงานแพทย์รับทราบให้ หยุดการให้ยา Amiodarone และยา Atenolol ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง (keep HR 50-130 bpm) ระหว่างวัน อัตราการเต้นของหัวใจ 54 - 78 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่มีแขนขาอ่อนแรง แพทย์ประเมิน CHA2DS2-VASc Score for Atrial Fibrillation Stroke Risk ได้ 2 คะแนน อธิบายความเสี่ยงของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและความเสี่ยงของโรคเพื่อเริ่มยา Warfarin 2 mg 1*1 po hs 24 สิงหาคม 2568 เนื่องจากชีพจรโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 52 - 58 ครั้งต่อนาที และมีประวัติโรคไทรอยด์ ขาดการรักษา 10 ปี พิจารณาปรึกษาแพทย์อายุรกรรม ให้เริ่มยา Propranolol (10) 1*2 po pc 25 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกเวียนศีรษะ ไม่มีบ้านหมุน ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

EKG Sinus bradycardia rate 49 bpm แพทย์อายุรกรรม พิจารณาให้หยุดยา Propranolol และ ให้ยา Dramamine 50 mg iv at 14.20 น. หลังได้รับยาและนอนพักได้ อาการเวียนศีรษะลดลง 26 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ตรวจ EKG พบเป็น Sinus bradycardia rate 52 bpm สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/78 มิลลิเมตรปรอท ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ แพทย์พิจารณาจำหน่ายให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจเป็นกรณีศึกษาขณะขึ้นปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะขาม
2. ศึกษาค้นคว้าจากตำราหลายๆเล่ม
3. นำมาเขียนเป็นกรณีศึกษาโดยการตรวจร่างกายที่สำคัญ รวมทั้งการให้การช่วยเหลือดูแลรักษา
   - 3.1 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
   - 3.2 วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย
   - 3.3 วางแผนการพยาบาลตามปัญหา
   - 3.4 ปฏิบัติการตามแผนการดูแลที่วางไว้
   - 3.5 ประเมินผลการพยาบาล
   - 3.6 ติดตามและรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการกลับมาตรวจตามนัด
   - 3.7 เรียบเรียงผลงาน และเขียนรายงานจัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) ได้รับการดูแลรักษาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลเรื่องผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2568 เวลา 20.55 น. ถึงวันที่ 26 สิงหาคม 2568 เวลา 12.00 น. รวมรับไว้ในความดูแล 5 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนถึงวันจำหน่าย โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุม และให้การพยาบาลแบบองค์รวมเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนภาวะแทรกซ้อนและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์ เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาในการปฏิบัติและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) และสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยรายนี้คือ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ขาดการรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน ดั้งนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องใช้ทักษะความรู้เกี่ยวกับโรคในการให้ข้อมูลและการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และแผนการรักษาของแพทย์

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว และการดูแลตนเอง

8.2 ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือโรคไทรอยด์ที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องมานาน 10 ปี

8.3 พยาบาลผู้ดูแลขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 การจัดมุมความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) แนวทางการดูแลรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ และประชาชนทั่วไปที่มารับบริการในโรงพยาบาล

9.2 จัดการอบรมให้ความรู้โดยแพทย์อายุรกรรมในโรงพยาบาลและร่วมกันวางแผนเพื่อกำหนดมาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) หรือส่งไปศึกษาอบรมนอกสถานพยาบาลเพื่อเพิ่มพูนความรู้

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ 100

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาวช่อทิพย์ วิสุทธิ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ช่อทิพย์ วิสุทธิ.....

(นางสาวช่อทิพย์ วิสุทธิ) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ...../.....๒๒ พ.ค. ๒๕๖๗.....

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

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

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวช่อทิพย์ วิสุทธิ	ช่อทิพย์ วิสุทธิ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวณัจยา เกียรติเกษม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลมะขาม

(วันที่) ...../..๒๒ พ.ค. ๒๕๖๔.....

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวธนาภรณ์ กอหญ้ากลาง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะขาม

(วันที่) ...../..๒๒ พ.ค. ๒๕๖๔.....

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

2. หลักการและเหตุผล

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Intravenous infusions) เป็นการให้สารน้ำที่ประกอบด้วย น้ำ น้ำตาล และเกลือแร่ในปริมาณมากเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่มีความสำคัญและใช้กันอย่างแพร่หลายในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แม้วิธีการดังกล่าวจะมีประโยชน์ต่อการรักษา แต่ก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ การแทรกซึมของสารน้ำเข้าสู่เนื้อเยื่อ (Infiltration) หรือการมีของเหลวคั่งในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง อันเกิดจากการที่เข็มแทงทะลุออกนอกหลอดเลือด ส่งผลให้บริเวณที่แทงเข็มมีอาการบวม ปวด และไม่สุขสบาย

นอกจากนี้ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ หากมีการดูแลและเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม แต่หากเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบแล้ว ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด และอาจต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานขึ้น หรือในบางรายอาจเกิดความรุนแรงจนสูญเสียอวัยวะ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยจากการต้องรับภาระในการดูแลเป็นระยะเวลานาน รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านยาปฏิชีวนะและค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น (นภา อุทัยศรี, 2566)

ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแล เฝ้าระวัง ติดตามอาการ ค้นหา ป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบซ้ำ นอกจากนี้ การเฝ้าระวังและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหลังการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้พยาบาลผู้ดูแลสามารถรับรู้และแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ การที่พยาบาลมีความรู้และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบอย่างถูกต้อง จะส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะขาม พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบเพิ่มสูงขึ้น และมากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ ซึ่งกำหนดให้อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบเท่ากับ 0 ต่อจำนวนวันของการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยในปี พ.ศ. 2566 พบอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบจำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตรา 0.33 ทั้งหมดเป็นระดับ 2 ในปี พ.ศ. 2567 พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 5 ราย คิดเป็นอัตรา 0.72 โดยเป็นระดับ 2 จำนวน 3 ราย และระดับ 3 จำนวน 2 ราย และในปี พ.ศ. 2568 พบอุบัติการณ์จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตรา 0.26 โดยเป็นระดับ 2 จำนวน 1 ราย และระดับ 4 จำนวน 1 ราย กรณีผู้ป่วยที่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 4 ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานขึ้น ได้รับการผ่าระบายหนองบริเวณที่เกิดการอักเสบ และต้องได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเกิดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบระดับ 4 ถือเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรงในหอผู้ป่วย และการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในระดับ 2–3 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ บุคลากรที่มีหน้าที่ในการเตรียมและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญและร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในหอผู้ป่วย พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับความรุนแรง 2–4 ซึ่งจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ หากมีการเฝ้าระวังและประเมินอาการอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จากการทบทวนกระบวนการปฏิบัติในปัจจุบัน พบว่ายังมีข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง คือการขาดเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ทำให้การประเมินอาการ การบันทึกข้อมูล และการรายงานผลของพยาบาลแต่ละรายยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้การติดตามอาการผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องและความชัดเจน นอกจากนี้ การประเมินอาการแทรกซ้อนส่วนใหญ่ยังคงอาศัยประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติเป็นหลัก ซึ่งอาจทำให้การค้นพบความผิดปกติล่าช้า โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของการเกิดภาวะ Infiltration และ Phlebitis ที่มักแสดงอาการไม่ชัดเจน อีกทั้ง ยังพบว่าขาดระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาลที่เชื่อมโยงระดับความรุนแรงของอาการกับแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้การตอบสนองต่อภาวะแทรกซ้อนในบางกรณีไม่ทันต่อสถานการณ์ หรือไม่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วย อาจนำไปสู่การเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม

แนวความคิด

แนวคิดในการพัฒนางานครั้งนี้ตั้งอยู่บนหลักการสำคัญว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยเฉพาะภาวะ Infiltration และ Phlebitis เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ หากมีระบบการประเมินและเฝ้าระวังที่เป็นมาตรฐาน มีความต่อเนื่อง และสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาลอย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว คือการขาดเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินอาการ ทำให้การประเมิน การบันทึก และการรายงานผลของพยาบาลแต่ละรายมีความแตกต่างกัน รวมถึงการประเมินอาการที่อาศัยประสบการณ์ส่วนบุคคลเป็นหลัก ส่งผลให้การค้นพบความผิดปกติล่าช้า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (กรมการแพทย์, 2564)

ดังนั้น แนวคิดหลักที่นำมาใช้ในการพัฒนางาน คือการพัฒนาแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ให้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่สามารถใช้ได้จริงในหอผู้ป่วย เพื่อสนับสนุน

การปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ แบบประเมินดังกล่าวจะครอบคลุมการประเมินอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ Infiltration และ Phlebitis โดยกำหนดระดับความรุนแรงของอาการอย่างชัดเจน สอดคล้องกับหลักวิชาการและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของประเทศไทยระบุว่า การใช้เกณฑ์มาตรฐานในการประเมินตำแหน่งที่แทงเข็มช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการประเมิน และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ (สภาการพยาบาล, 2563)

นอกจากนี้ แนวคิดดังกล่าวยังสอดคล้องกับหลักการเฝ้าระวังเชิงรุก ซึ่งเน้นการประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น งานวิจัยของนภา อุทัยศรี (2566) พบว่า การประเมินและติดตามตำแหน่งสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายอย่างเป็นระบบ มีความสัมพันธ์กับการลดอุบัติการณ์ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายยังทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาล โดยเชื่อมโยงระดับความรุนแรงของอาการกับแนวทางการดูแลที่เหมาะสม เช่น การหยุดให้สารน้ำ การเปลี่ยนตำแหน่งแทงเข็ม และการรายงานแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่มุ่งลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้จากกระบวนการรักษาพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565)

แนวคิดในการพัฒนางานครั้งนี้อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยการนำแบบประเมินมาตรฐานมาใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และยกระดับประสิทธิภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

ข้อเสนอ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในหอผู้ป่วย ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในระดับความรุนแรงที่สามารถป้องกันได้ ข้อเสนอในการดำเนินงานคือการพัฒนาแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมิน เฝ้าระวัง และติดตามอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดให้พยาบาลใช้แบบประเมินในการประเมินผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือทุกเวรการพยาบาล เพิ่มความต่อเนื่องในการเฝ้าระวังอาการและสนับสนุนการปฏิบัติทางการพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

นอกจากนี้ เสนอให้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลในการใช้แบบประเมินและการแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาลที่เหมาะสมและทันเวลา รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และญาติในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติบริเวณตำแหน่งที่แทงเข็ม ทั้งนี้ ให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบก่อนและหลังการนำแบบประเมินไปใช้ เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติและยกระดับคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. ข้อจำกัดด้านบุคลากรและภาระงาน

ข้อจำกัด พยาบาลมีภาระงานสูง อาจทำให้การประเมินและบันทึกแบบประเมินไม่ครบถ้วนหรือไม่ต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข

1. ออกแบบแบบประเมินให้กระชับ ใช้งานง่าย ใช้เวลาน้อย
2. บูรณาการแบบประเมินเข้ากับแบบบันทึกการพยาบาลประจำวัน
3. กำหนดการประเมินในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น ระหว่างการวัดสัญญาณชีพ

2. ข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะของบุคลากร

ข้อจำกัด บุคลากรบางรายอาจมีความเข้าใจแตกต่างกัน เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ทำให้การประเมินคลาดเคลื่อน

แนวทางแก้ไข

1. จัดอบรม/ให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
2. จัดทำคู่มือหรือภาพตัวอย่างระดับความรุนแรงของ Phlebitis และ Infiltration
3. นิเทศ ติดตาม และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อจำกัดด้านความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ

ข้อจำกัด ผู้ป่วยหรือญาติอาจไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการสังเกตอาการผิดปกติ ทำให้ไม่แจ้งพยาบาลเมื่อเกิดอาการเริ่มต้น

แนวทางแก้ไข

1. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ
2. จัดทำสื่อความรู้ เช่น แผ่นพับ หรือป้ายเตือนบริเวณเตียงผู้ป่วย
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวัง

4. ข้อจำกัดด้านการติดตามและประเมินผล

ข้อจำกัด อาจขาดการติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถประเมินประสิทธิผลของแบบประเมินได้ชัดเจน

แนวทางแก้ไข กำหนดตัวชี้วัด เช่น อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบก่อนและหลังใช้แบบประเมิน ประชุมทบทวนผลการดำเนินงานเป็นระยะ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5. ข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการใช้งาน

ข้อจำกัด เมื่อเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนบุคลากร อาจเกิดความไม่ต่อเนื่องในการใช้แบบประเมิน

แนวทางแก้ไข

1. กำหนดเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของหน่วยงาน
2. มีการสื่อสารในช่วงรับ–ส่งเวร
3. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบในการติดตามการใช้แบบประเมิน

3.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ที่มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในหอผู้ป่วย

2. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

3. เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

3.3 ระยะเวลา

ตุลาคม 2569 ถึง มีนาคม 2570

3.4 กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะขาม ที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทุกราย

2. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล ที่มีหน้าที่ดูแล เตรียมและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในหอผู้ป่วย

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและวางแผน

1. ศึกษาทบทวนเอกสาร งานวิจัย และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. ทบทวนข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบย้อนหลังของหน่วยงาน

3. วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

4. วางแผนการดำเนินงาน กำหนดขอบเขต ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมิน

1. จัดทำร่างแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

2. ตรวจสอบความเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ/คณะทำงาน

3. ปรับปรุงแบบประเมินตามข้อเสนอแนะ

4. จัดทำแบบประเมินฉบับสมบูรณ์พร้อมแนวทางการใช้งาน

ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้และให้ความรู้

1. ประชุมชี้แจงแนวทางการใช้แบบประเมินแก่พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2. จัดอบรม/ให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการใช้แบบประเมิน

3. นำแบบประเมินไปใช้จริงในหอผู้ป่วย โดยกำหนดให้มีการประเมินผู้ป่วยทุกเวรหรืออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

4. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติบริเวณตำแหน่งที่แทงเข็ม

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล

1. ติดตามการใช้แบบประเมินอย่างต่อเนื่อง
2. รวบรวมข้อมูลอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบก่อนและหลังการใช้แบบประเมิน
3. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและประเมินประสิทธิผลของแบบประเมิน
4. ประชุมทบทวนผลการดำเนินงานและหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปผลและพัฒนาต่อเนื่อง

1. สรุปผลการดำเนินงานและจัดทำรายงาน
2. นำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล
3. กำหนดให้แบบประเมินเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของหน่วยงาน

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน					
	ต.ค. 69	พ.ย. 69	ธ.ค. 69	ม.ค. 70	ก.พ. 70	มี.ค. 70
1. ศึกษาทบทวนเอกสารและวางแผนการดำเนินงาน	←	→				
2. จัดทำร่างแบบประเมิน /ปรับปรุง และจัดทำแบบประเมินฉบับสมบูรณ์	←	→				
3. ประชุมชี้แจง จัดอบรม ให้ความรู้/นำแบบประเมินไปใช้ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ		←	—	→		
4. ติดตามการใช้แบบประเมิน รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล และประชุมทบทวนผลการดำเนินงาน					←	→
5. สรุปผลการดำเนินงานและนำผลการประเมินไปใช้ เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของหน่วยงาน						←

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ได้แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในหอผู้ป่วย

4.2 อัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบและภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายลดลง

4.3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ ส่งผลให้ความเจ็บปวดและระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 อัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ลดลงตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด หรือมีค่าใกล้เคียง 0 ต่อจำนวนวันของการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย

5.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายครบถ้วนตามแบบประเมินที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

5.3 ร้อยละของพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลที่สามารถใช้แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้อย่างถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

(ลงชื่อ) .....ช่อทิพย์ วิสุทธิ.....

(นางสาวช่อทิพย์ วิสุทธิ) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....๒๒ พ.ค. ๒๕๖๔.....