

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 10.46 น. ถึงวันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาดูแล 1 ชั่วโมง 14 นาที
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน (Upper Gastrointestinal Bleeding)

ความหมายของโรค

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนหมายถึง ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ตำแหน่งสูงกว่า ligament of treitz ประกอบด้วยหลอดเลือดกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้นดูโอดินัม ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการ อาเจียนเป็นเลือด (hematemesis), NG lavage เป็น coffee ground หรือถ่ายดำ (melena) ส่งผลให้เกิดภาวะช็อก จากการเสียเลือดในปริมาณมาก (สมิทธิ์ เกิดสินธุ์, 2562)

พยาธิสภาพ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (Upper Gastrointestinal Bleeding : UGIB) เกิดจากทางเดินอาหารอักเสบหรือเป็นแผลตามปกติ ทางเดินอาหารจะมี mucosal barrier เพื่อป้องกันการย่อยตัวเอง (acid autodigestion) เมื่อมีการหลังกรด โดยมี prostaglandin เป็นตัวช่วยป้องกัน แต่ถ้ากลไกการป้องกันล้มเหลวหรือขาดความสมดุล จะทำให้ทางเดินอาหารอักเสบ มีการทำลายของ mucosa ทำให้เกิดอันตรายต่อเส้นเลือดเล็กๆ (small vessels) ทำให้เกิดการบวม เลือดออก และรอยถลอก เลือดที่ออกมาจะทำปฏิกิริยากับน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร จึงทำให้เลือดเป็นสีดำผู้ป่วยมักมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสดหรือเลือดเก่า และถ่ายดำ โดยภาวะเลือดออกในเดินอาหารส่วนบนยังส่งผลต่อปอด อาจเกิดการสำลัก gastric content มีการอุดกั้นทางเดินหายใจจากเลือด มีอาการตั้งแต่ปอด อักเสบ จนถึงเนื้อปอดแฟบส่งผลต่อหัวใจ การเสียเลือดชกนำไปสู่การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีผลต่อสมอง โดยภาวะช็อกนาน ทำให้สมองขาดออกซิเจน (สมิทธิ์ เกิดสินธุ์, 2562)

สาเหตุ

1. แผลในกระเพาะอาหาร เป็นสาเหตุหลักของ GI Bleeding โดยแผลที่เกิดขึ้นบริเวณเยื่อบุกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้นมักมีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียเฮลิโคแบคทีเรีย (H. Pylori) กรดในกระเพาะอาหาร หรือการใช้ยาแก้อักเสบในกลุ่ม N-SAID
2. การฉีกขาดของเยื่อบุหลอดอาหาร เยื่อบุหลอดอาหารที่ฉีกขาดอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีเลือดออกในปริมาณมาก โดยมักพบได้ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป
3. เส้นเลือดขดในหลอดอาหาร ส่วนใหญ่จะพบได้ในผู้ป่วยโรคตับที่รุนแรง โดยเส้นเลือดขดในหลอดอาหารอาจส่งผลให้มีเลือดออกในทางเดินอาหารได้เช่นกัน
4. หลอดอาหารอักเสบ มักเป็นผลมาจากภาวะกรดไหลย้อนซึ่งเป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณส่วนปลายของหลอดอาหารทำงานผิดปกติ กรดในกระเพาะอาหารจึงไหลย้อนขึ้นมาทำลายหลอดอาหาร อาจทำให้เกิดแผลและเลือดออกในบริเวณดังกล่าว
5. เส้นเลือดโป่งพองและไม่ใช่เส้นเลือดโป่งพอง (ชัชวาลย์ วงศ์จิตรตัน, 2564)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นนั้น มักพบว่ามีอาการอาเจียนเป็นเลือดหรือสีน้ำตาลกาแฟ กลุ่มที่อาเจียนออกมาเป็นเลือด สาเหตุสำคัญที่พบบ่อยมักมาจากแผลในกระเพาะอาหาร รองลงมาคือแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น และอาจพบว่าหลอดเลือดอาหารมีความผิดปกติ เช่น เส้นเลือดดำที่หลอดเลือดอาหารโป่งพองแตกออกจึงทำให้มีเลือดออกได้ ส่วนอาการอื่นๆ ที่อาจพบได้และบ่งบอกว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น ถ่ายดำ ลักษณะเหลวเหมือนยางมะตอย มีกลิ่นเหม็น เป็นต้น

การรักษา

การรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร มีการรักษา 3 วิธีหลักๆ คือ การรักษาทางอายุรกรรม การส่องกล้องเพื่อวินิจฉัยและรักษา และการผ่าตัด

1) การรักษาทางอายุรกรรม โดยการให้ยา ดังนี้

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

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

- ยาในกลุ่ม somatostatin analogue ใช้ในผู้ป่วยที่สาเหตุของเลือดออกจาก portal hypertension โดยยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนพวกเปปไทด์ในทางเดินอาหาร serotonin, gastrin. Vasoactive intestinal peptide (VIP), insulin, glucagon, substance P ยาเหล่านี้มักหยุดอาการตกเลือดได้ดี ผลที่ตามมาคือ ปริมาณเลือดไหลผ่านอวัยวะภายใน (splanchnic blood flow) ลดลง

- ยาในกลุ่มช่วยให้เลือดแข็งตัว เช่น tranexamic acid, วิตามินเค

- ยาปฏิชีวนะ ในกรณีผู้ป่วยมีเลือดออกในทางเดินอาหารจากการติดเชื้อ

2) การใส่ Sengstaken-Blakemore tube เป็นเป็นสายที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารโดยผ่านจมูกหรือปากเพื่อใช้ในการห้ามเลือดที่ออกในทางเดินอาหารส่วนบน จากหลอดเลือดดำที่หลอดเลือดอาหารโป่งพอง (esophageal varices) และหลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหาร (gastric varices) โดยเกิดจากเลือดผ่านตับไม่ได้เพราะตับแข็งหรือแรงดันพอร์ทัลสูงจากสาเหตุอื่น โดยแพทย์จะใส่ Sengstaken-Blakemore tube ไม่เกิน 24 ชม. เพราะอาจมีผลกดทับบริเวณที่ลูกโป่งกดได้ (วุฒิชัย ธนาพงศธร และภาสกร ผาสุกดี, 2557)

3) การรักษาด้วยการส่องกล้องจะทำไปพร้อมกับการตรวจวินิจฉัย ด้วยการฉีดยา epinephrine โดยใช้ Epinephrine ผสมเป็น 1:10,000 ฉีดรอบ ๆ จุดเลือดออกจะทำให้อัตราการไหลของเลือดลดลงจากการหดตัวของหลอดเลือดการจี้ด้วยความร้อน และการรักษาด้วยวิธีการรัดเส้นเลือดดำโป่งพองด้วยยาง (Endoscopic variceal ligation; EVL) หรือการฉีดด้วยกาว (Glue injection) ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแพทย์ ทำการส่องกล้องโดยถ้าเป็นเส้นเลือดดำโป่งพองที่กระเพาะอาหาร การใช้กาวฉีดไปที่เส้นเลือดดำโป่งพอง

4) การรักษาทางศัลยกรรม การผ่าตัดผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร มีวัตถุประสงค์เพื่อหยุดเลือดออก โดยมีข้อบ่งชี้คือ ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกมากกว่า 1,500 มล. (massive upper GI bleeding) มีการไหลเวียนเลือดไม่คงที่แม้จะได้รับการให้เลือดทดแทนแล้ว หรือเลือดออกที่มีภาวะช็อกร่วมด้วย มีภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 10 วัน มีเลือดออกในทางเดินอาหารอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวิธีการผ่าตัดกระเพาะอาหารแบ่งเป็น 3 วิธี (สมพร ชินโนรส, 2557)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ) การพยาบาล (ต่อ)

1. ประเมินอาการและอาการ แสดงของภาวะช็อก ปริมาณ น้ำเข้าและออก รวมทั้งค่าของhemoglobin และ hematocrit การประเมิน hematocrit ในระยะแรก อาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงควรติดตามอย่างต่อเนื่อง
2. เตรียมการให้เลือดโดยเร็ว ตามแผนการรักษา
3. การดูแลช่วยเหลือในการห้ามเลือด ซึ่งขึ้นกับตำแหน่ง เช่น มีเลือดออกบริเวณหลอดอาหารต้องดูแล เกี่ยวกับการ ใส่ Sengstaken-Blakemore tube ไปกุดบริเวณที่มีเลือดออกซึ่งพยาบาล ต้องคอยดูแลไม่ควรใส่นาน เกิน 24 ชม.เพราะอาจมีผลกด ทับที่บริเวณที่ลูกโป่งกดได้ เลือดออกบริเวณกระเพาะ อาหาร ช่วยเหลือโดยการใส่ สาย NG tube เพื่อทำการดูด ล้างกระเพาะอาหารในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่สนับสนุน แน่ชัดว่าการดูดล้าง กระเพาะ อาหารด้วยสารละลายต่างๆ จะช่วยในการห้ามเลือดหรือช่วยป้องกันการมีเลือดออกซ้ำ ประโยชน์ของการดูดล้าง กระเพาะอาหารที่ชัดเจน คือ เป็นการช่วยบอกปริมาณและอัตราเลือดที่ออกโดยดูจากปริมาณ และสีของน้ำที่ดูดล้าง
4. การดูแลช่วยเหลือในการ ตรวจวินิจฉัย อาจเป็นการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น(gastro scope) การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง (colonoscopy) ต้องเตรียมผู้ป่วยให้ถูกต้องพร้อมทั้งประเมินลักษณะ สี ปริมาณ ของอาเจียนและถ่ายเป็นเลือดด้วย (นภชนก รักษาเคน, 2562)

ภาวะช็อกจากการขาดสูญเสียสารน้ำหรือเลือด (Hypovolemic shock)

ความหมายของโรค

ภาวะช็อกที่มี blood volume หรือplasma volume ในระบบไหลเวียนโลหิตลดลง เกิดจาก Acute hemorrhage เกิดจากการบาดเจ็บเสียเลือด Burn ทำให้สูญเสียน้ำเกลือแร่และ plasm Water and electrolyte loss จากท้องเสีย อาเจียนรุนแรงหรือ third space loss เช่น edema cellulitis (รัชณี ผิวม่วง, 2564)

ประเภทของภาวะช็อก

ประเภทของภาวะช็อกนั้นแบ่งตามสาเหตุได้ 4 ประเภท (รัชณี ผิวม่วง, 2564)

1. ภาวะช็อกจากการขาดสูญเสียสารน้ำหรือเลือด (Hypovolemic shock) เกิดจาก การสูญเสียสารน้ำจากการอาเจียน ถ่ายเหลว การสูญเสียเลือดจากการประสบอุบัติเหตุ เป็นต้น
2. ภาวะช็อกจากโรคหัวใจ (Cardiogenic shock) เกิดจาก โรคกล้ามเนื้อหัวใจทำงานล้มเหลวจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง เป็นต้น
3. ภาวะช็อกจากการขยายตัวของหลอดเลือด (Distributive shock) ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดสูญเสียการดึงตัว ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ลดลง ซึ่งมีหลายสาเหตุ เช่น ภาวะช็อกจากพิษเหตุติดเชื้อ (Septic shock) ปฏิกริยาการแพ้รุนแรงชนิด Anaphylaxis ภาวะความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของโรคต่อมไร้ท่อบางชนิด
4. ภาวะช็อกจากการอุดตัน (Obstructive shock) เกิดจากสาเหตุจากภายนอกหัวใจ ทำให้การบีบตัวของหัวใจล้มเหลว เช่น ภาวะลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด ภาวะบีบรัดหัวใจ จากของเหลวปริมาณมากอยู่ในถุงเยื่อหุ้มหัวใจ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ภาวะความดันในหลอดเลือดแดงปอดสูง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพ

เมื่อร่างกายเกิดภาวะช็อกจากการขาดสูญเสียสารน้ำหรือเลือด (Hypovolemic shock) ปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับสู่หัวใจ (Venous return) หรือ ปริ้โหลด (preload) ลดลงและปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) จึงลดลงตามมา การลดลงของปริมาณเลือดนั้นส่งผลให้การนำพาออกซิเจนในเลือดลดลง ทำให้การกำซาบของเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) ลดลงเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซและสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของเซลล์ลดลง ทำให้เนื้อเยื่อตามร่างกายขาดออกซิเจนได้ ความรุนแรงของภาวะช็อกขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่เสีย ระยะเวลาและอัตราเร็วในการเสียเลือด (รัชณี ผิวม่วง, 2564)

สาเหตุ (รัชณี ผิวม่วง, 2564)

ภาวะช็อกที่เกิดจากจากการเสียน้ำหรือเสียเลือดอย่างมาก (Hypovolemic shock) โดยเกิดจาก

1. ร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่อย่างมาก เช่น ท้องเสียมาก/โรคท้องร่วงรุนแรง อาเจียนติดต่อกันรุนแรงหรือโรคลมแดด

2. เกิดจากการเสียเลือดมาก เช่น จากอุบัติเหตุ จากแผลเลือดออก

3. โรคเลือดบางชนิด เช่น ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จึงส่งผลให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจน้อยกว่าปกติ ความดันเลือดต่ำลงมาก และตามมาด้วยภาวะช็อกในที่สุด

อาการและอาการแสดง (รัชณี ผิวม่วง, 2564)

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อกนั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุของภาวะช็อกและชนิดของภาวะช็อก ซึ่งมักพบอาการและการแสดงได้บ่อยเช่น กระหายน้ำ อาการกระสับกระส่าย ปวดตะคริวกล้ามเนื้อ ผิวหนังซีดและเย็นผิดปกติ มีเหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเบามากกว่า 120 ครั้ง/นาที หายใจหอบถี่มากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ปัสสาวะเลย อ่อนเพลีย ริมฝีปากและเล็บเปลี่ยนเป็นสีม่วงคล้ำ ความดันโลหิต $< 90/60$ มิลลิเมตรปรอท เป็นต้น

การรักษา (รัชณี ผิวม่วง, 2564)

1. ภายใน 15 นาทีให้สารน้ำทดแทนประมาณ 20% ของปริมาณเลือดในร่างกาย keep MAP $> 60-70$ ได้แก่ สารน้ำ isotonic solution (Lactated Ringer, 0.9%NSS)

2. ทดแทนปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนต่อไปอีก ร้อยละ 20-30 ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกายภายใน 30-60 นาทีเพื่อให้ได้ปริมาณ Cardiac output ที่เพียงพอที่จะทำให้ Tissue perfusion เหมาะสม

3. พิจารณาชนิดจำนวน อัตราเร็วของสารน้ำที่จะให้ต่อไป เพื่อรักษาองค์ประกอบของเลือดให้เหมาะสม ได้แก่ Hematocrit (Hct) $> 30\%$; Platelet $> 75000-100000$ /mm; International normalized ratio (INR) < 1.5 ; ค่า Acid-base, electrolyte, blood sugar อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาล (สุกานดา ตีพัด, 2562)

1. ดูแลให้ได้รับ O2 Mask with bag 10 LPM / Bird respirator Keep O2 > 95%
2. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที /จนอาการคงที่ Keep map > 65 mmHg พบความผิดปกติของ Pulse > 140ครั้ง/นาที, Blood pressure 90/60mmHg, MAP < 65mmHg , Respiratory rate > 30ครั้ง/นาทีรายงานแพทย์ทันที
3. เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (เข็มเบอร์ 18) จำนวน 2 เส้น
4. ดูแลการให้สารน้ำประเภท Crystalloids (0.9%NSS) /Colloid, Voluven) ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. เตรียมเลือด/ส่วนประกอบของเลือด/ดูแลการให้เลือดชนิด Pack red cell, Whole blood ในผู้ป่วย หรือตามแผนการรักษาและให้ Fresh frozen plasma ในผู้ป่วยที่มี PT, PTT > 1.5 g/dl หรือตามแผนการรักษา
6. Monitor EKG ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลาเฝ้าระวังสังเกตภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเช่น PVC, VT, VF, Brady arrhythmias, Tachyarrhythmias พบความผิดปกติรายงานแพทย์
7. ประเมิน Stage of Shock ทุก 1 ชั่วโมง
8. เจาะความเข้มข้นของเลือด Hct ทุก 6 ชั่วโมง/ตามแผนการรักษา
9. Retained NG tube NO 18 with bag
10. Retained foley's cath เพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะ
11. Lavarge NG tube ด้วย NSS จน Clear ตามแผนการรักษา
12. ดูแลให้ยา Omeprazole 40 mg q 12hr, Sandostatin 4 amp+5DW 250 ml drip ทุก 8hr ตามแผนการรักษา
13. ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gm +5DW 100 ml vein OD ตามแผนการรักษา
14. งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา
15. Record Urine out put ทุก 1ชม. Keep urine > 30cc/hr/0.5 cc/min หรือน้อยกว่า 200ccต่อชั่วโมง รายงานแพทย์
16. ติดตามผลการตรวจเลือดได้แก่ CBC, Blood Chemistry, Coagulopathy, ผิดปกติรายงานแพทย์
17. เตรียมรถ Emergency /Endotracheal tube ในกรณีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและแพทย์พิจารณาต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
18. ดูแลให้ผู้ป่วย Absolute bed rest
19. ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านจิตใจ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อก

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 45 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ เกษตรกร
สถานภาพสมรส การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 17 มกราคม 2566 เวลา 10.46 น.

วันที่รับไว้ดูแล 17 มกราคม 2566 เวลา 10.46 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 20 มกราคม 2566 เวลา 12.04 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 17 มกราคม 2566 เวลา 12.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 1 ชั่วโมง 14 นาที

แหล่งที่มาของข้อมูล จากการซักประวัติผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และใบส่งตัวผู้ป่วยรับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลวังน้ำเย็นด้วยอาการ อาเจียนเป็นเลือดสดสีแดง ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ 9 ชั่วโมงก่อนมา

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 วันก่อนมา แสบร้อนท้อง ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายผิดปกติ ไม่ได้รักษาที่ใด

9 ชั่วโมงก่อนมา ปวดท้องมากขึ้น อาเจียนเป็นเลือดสด 10 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 แก้ว ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ 1 ครั้ง มีหายใจเหนื่อย รู้สึกอ่อนเพลีย จึงให้ญาตินำส่งโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

เวลา 08.40 น. ผู้ป่วยถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลวังน้ำเย็น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน (E4V5M6) อ่อนเพลียไม่มีแรงเวียนศีรษะ สัญญาณชีพแรกรับที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 138 ครั้งต่อนาทีคลำได้เบาเร็ว อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ไม่มีอกยกบวมลงขณะหายใจ (sternal retraction) ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการช่วยหายใจ (accessory muscles) ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) 96% ได้รับการดูแลให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที ออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) เพิ่มขึ้นเป็น 100% อัตราการหายใจลดลงเป็น 22 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาให้ใส่สายยางเข้ากระเพาะอาหารทางจมูกเบอร์ 18 (Nasogastric tube) ตูดของเหลว (content) ออกมาเป็นสีแดงสดปริมาณ 500 มิลลิลิตร แล้วทำการล้างท้องผ่านสายยาง (Gastric lavage) โดยใช้สารน้ำ NSS ปริมาณ 1,000 มิลลิลิตร หลังทำการล้างท้อง (Gastric lavage) ยังมี ของเหลว (content) สีแดงสดไหลออกมาตลอด ได้ต่อ plastic bag เข้ากับสายยางเข้ากระเพาะอาหารทางจมูกเบอร์ 18 (Nasogastric tube) จากนั้นได้ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count (CBC), Electrolyte, Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR), Liver function test, Prothombin (PT), Internation Normalize Ratio (INR) ได้ให้สารน้ำชนิด lactate ringer solution (RLS) หยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 500 มิลลิลิตรใน 15 นาที หลังได้รับสารน้ำครบ 500 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้งต่อนาทีคลำได้เบาเร็ว อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 106/66 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) 100%

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (ต่อ)

ทางโรงพยาบาลวังน้ำเย็นได้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พิจารณาให้ยา Omeprazole 80 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ให้ยา Vitamin K1 30 มิลลิกรัมผสมในสารน้ำชนิด NSS 100 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ให้ยา Tranexamic acid 1 กรัมทางหลอดเลือดดำเพิ่ม แล้วให้ส่งมารับการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

เวลา 09.40 น. โรงพยาบาลวังน้ำเย็นได้นำส่งผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล (รถ refer) ของโรงพยาบาลวังน้ำเย็น พร้อมด้วยพยาบาล ขณะส่งต่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน (E4V5M6) สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/68 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 100%

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธประวัติแพ้ยา ขณะให้การรักษามีประวัติแพ้ยาใดๆ

ประวัติการได้รับสารเสพติด ดื่มเหล้าขาววันละ 1 ก๊ก ดื่มมานาน 25 ปี

การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารและน้ำครั้งสุดท้าย เวลา 08.00 น.

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (วันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 10.46 น.)

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 57 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 96% เมื่อหายใจในอากาศปกติ (room air)

ลักษณะทั่วไป : ชายไทย อายุ 45 ปี รู้สึกตัวดี สีหน้าอ่อนเพลีย นอนบนรถนอน

ผิวหนังและเล็บ : ผิวหนังมีสีเหลืองแดง ไม่มีอาการบวม ไม่พบผื่น ไม่พบบาดแผล ไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (Capillary Refill) น้อยกว่า 2 วินาที

ศีรษะ : รูปร่างปกติ กะโหลกศีรษะมีรูปร่างสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีแผล ไม่มีก้อน

ใบหน้า : มีรูปร่างเป็นรูปไข่ ใบหน้าและอวัยวะบนใบหน้าสมส่วนกันและเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง ผิวหนังเรียบ ไม่บวม ไม่มีก้อน ไม่มีตุ่มหนอง

ตา : ม่านตากลมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ขนาด 3 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุตาขาวไม่แดง เปลือกตาทั้ง 2 ข้างซีด

หู : ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีน้ำหนองไหล

จมูก : มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คด ไม่เอียงผิดปกติ ใส่สายยางเข้ากระเพาะอาหารทางจมูกเบอร์ 18 (Nasogastric tube) ต่อดัง plastic bag มีของเหลว (content) สีแดงสดไหลออกมา 100 มิลลิลิตร

ปาก : ริมฝีปากซีดแห้ง ลักษณะขากรรไกรปกติ

คอ : ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง คอไม่แข็ง คลำไม่พบก้อน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (ต่อ) (วันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 10.46 น.)

ทรวงอกและปอด : รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ขยายได้ดี ไม่มีก้อน ปอดมีเสียงลมผ่านดังเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หายใจหอบเหนื่อยอัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที

แขนขา : เคลื่อนไหวแขนและขาทั้งสองข้างได้

หัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต : อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที คลำได้เบา สม่่าเสมอ ไม่ได้ยินเสียงหัวใจผิดปกติ (murmur) ซึ่พจรที่แขนขา คอ ขาหนีบ สม่่าเสมอเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท

ระบบเลือดต่อมน้ำเหลือง : บริเวณรักแร้และขาหนีบคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต

ระบบทางเดินอาหาร : ท้องแบนราบสมมาตรเท่ากัน ไม่มีก้อนหรือแผลที่ผนังหน้าท้อง กดเจ็บทั่วท้อง pain scale 4/10

ระบบกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อ : กระดูกสันหลังอยู่ในแนวกลางลำตัวได้สัดส่วน กล้ามเนื้อแขนขาปกติ การเคลื่อนไหวของแขนขามีแรง ขยับได้

ระบบประสาท : ระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน (E4V5M6) ไม่มีชักเกร็ง

ระบบทางเดินปัสสาวะ : อวัยวะเพศไม่มีแผล ไม่มีก้อนหรือต่งเนื้อ ไม่มีสารคัดหลั่ง

การตรวจทางทวารหนัก : รูทวารหนักปกติไม่มีต่งเนื้อ ไม่มีก้อน ใช้นิ้วมือสอดตรวจในทวารหนัก (Per rectal examination, หรือ PR) พบอุจจาระเป็นสีดำลักษณะเหนียวข้นมีกลิ่นคาว (Melena)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit)

วันที่	เวลา	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
17 มกราคม 2566 (โรงพยาบาลวังน้ำเย็น)	09.15 น.	21 %	42 - 52 %	ต่ำกว่าปกติ
17 มกราคม 2566 (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน)	10.50 น.	20 %	42 - 52 %	ต่ำกว่าปกติ
17 มกราคม 2566 (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน)	11.45 น.	21 %	42 - 52 %	ต่ำกว่าปกติ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC) วันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 09.14 น.
(โรงพยาบาลวังน้ำเย็น)

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	9,060 cells/ul	5,000 - 10,000 cell/mm ²	ปกติ
RBC	3.07 cells/ul	4.03 - 5.55 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	6.8 g/dL	12.8 - 16.1 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	21 %	38.2 - 65 %	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	152,000 cells/ul	140,000 - 400,000 cells/ul	ปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ
Neutrophil	80 %	40 - 70 %	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	20 %	20 - 50 %	ปกติ
Monocyte	0 %	3 - 11 %	ต่ำกว่าปกติ
Eosinophil	0 %	0 - 9 %	ปกติ
MCV	69.7 fl	78.9 - 98.6 fl	ต่ำกว่าปกติ
MCH	22.1 pg	25.9 - 33.4 pg	ต่ำกว่าปกติ
MCHC	31.8 g/dL	32 - 34.9 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
RDW	19.1 %	11.8 - 15.2 %	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจความสมดุลของเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte) วันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 09.14 น.
(โรงพยาบาลวังน้ำเย็น)

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Sodium	139.3 mmol/L	137 - 145 mmol/L	ปกติ
Potassium	3.5 mmol/L	3.5 - 5.10 mmol/L	ปกติ
Chloride	99.4 mmol/L	98 - 107 mmol/L	ปกติ
ECO2	18.1 mmol/L	22.0 - 30.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Anion gap	21.8 mmol/L	8 - 16 mmol/L	สูงกว่าปกติ

ตารางที่ 4 ผลการตรวจการทำงานของไต วันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 09.14 น.
(โรงพยาบาลวังน้ำเย็น)

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	8.8 mg/dL	7 - 17 mg/dL	ปกติ
Creatinine	0.49 mg/dL	0.52 - 1.04 mg/dL	ต่ำกว่าปกติ
eGFR	128.02 ml/min/1.73 m ²	>90 ml/min/1.73 m ²	ปกติ

ตารางที่ 5 ผลการตรวจการทำงานของตับ (Liver function test) วันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 09.14 น.
(โรงพยาบาลวังน้ำเย็น)

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Total Protein	6.82 g/dL	6.6 - 8.7 g/dL	ปกติ
Albumin	3.22 g/dL	3.97 - 4.97 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
Globulin	3.60 g/dL	2.9 - 3.3 g/dL	สูงกว่าปกติ
Total Bilirubin	1.60 mg/dL	0 - 1.2 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Direct Bilirubin	1.08 mg/dL	0 - 0.3 mg/dL	สูงกว่าปกติ
SGOT	118 U/L	0 - 50 U/L	สูงกว่าปกติ
SGPT	44 U/L	0 - 50 U/L	ปกติ
Alkaline phosphatase	107 U/L	40 - 129 U/L	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 6 ผลการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) วันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 09.14 น.
(โรงพยาบาลวังน้ำเย็น)

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
DTX	144 mg/dL	70 - 100 mg/dL	สูงกว่าปกติ

ตารางที่ 7 (INR) วันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 09.14 น.
(โรงพยาบาลวังน้ำเย็น)

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Prothombin(PT)	14.7 sec	14.7 sec	ปกติ
Internation Normalize Ratio	1.29		

การวินิจฉัยของแพทย์

เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด (Upper Gastrointestinal Bleeding With Hypovolemic shock)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล วันที่ 17 มกราคม 2566

เวลา 10.46 น.

แรกรับที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยมาด้วยรถพยาบาล (รถ refer) ของโรงพยาบาลวังน้ำเย็นย้าย ผู้ป่วยมายังรถนอน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สีหน้าอ่อนเพลีย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 57 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 96% เมื่อหายใจในอากาศปกติ (room air) ให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% ใส่สายยางเข้ากระเพาะอาหารทางจมูก 18 (Nasogastric tube) ของเหลว (content) สีแดงสดไหลออกมา 100 มิลลิลิตรต่อลง plastic bag ปวดท้อง pain sale 4/10 ให้สารน้ำชนิด lactate ringer solution (RLS) หยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 120 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง ในขวดเหลือ 300 มิลลิลิตร ฝ้าสังเกตอาการและสัญญาณชีพทุก 5 นาทีแพทย์ตรวจอาการผู้ป่วย ให้สารน้ำ Lactate ringer solution (RLS) หยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 300 มิลลิลิตร ใน 5 นาทีเพื่อแก้ภาวะความดันโลหิตต่ำ ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงลดการเคลื่อนไหว งดน้ำและอาหารทุกชนิด ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ส่งจ้องเลือดโดยตรวจสอบด้วยพยาบาลผู้เจาะเลือด 1 คนและตรวจสอบก่อนส่งเลือดเพื่อไปจ้องเลือด 1 คน ใส่สายสวนปัสสาวะ (Foley's Catheter) ขนาด 16 ต่อลงถุงปัสสาวะ (Urine Bag) ไม่มีปัสสาวะไหลออก

เวลา 10.50 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สีหน้าอ่อนเพลีย สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/40 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 61 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% ให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที ยังไม่มีปัสสาวะไหลออก จัดทำศีรษะนอนราบใช้ผ้ารองปลายเท้าให้สูงเล็กน้อยดูแลผู้ป่วยเช็ดสารคัดหลั่งบริเวณจมูกเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) 20% ติดตามผลการจ้องเลือดยังไม่ได้เลือดที่ตรงกรุป แพทย์พิจารณาให้ตามเลือด Pack red cell Group O low titer มาให้ 1 unit ก่อนให้เลือดตรวจสอบความถูกต้องตามหลัก zero blood mismatch ฝ้าระวังขณะและหลังได้รับเลือดไม่พบอาการผิดปกติ ดูแลให้ยา Octreotide 50 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำทันทีและดูแลให้ยา Octreotide 500 ไมโครกรัมในสารน้ำชนิด NSS 500 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 10 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์

เวลา 10.55 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/63 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% ให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที ยังคงไม่มีปัสสาวะไหลออก เนื่องจากผู้ป่วยยังมีภาวะช็อกแพทย์จึงพิจารณาให้ตามเลือด Pack red cell Group O low titer มาให้เพิ่มอีก 1 unit ก่อนให้เลือดตรวจสอบความถูกต้องตามหลัก zero blood mismatch ฝ้าระวังขณะให้เลือดและหลังได้รับเลือดไม่พบอาการผิดปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)
เวลา 11.00 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 116 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 81 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% ให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที ยังคงไม่มีปัสสาวะไหลออก แพทย์ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมได้มีแผนการรักษาให้สารน้ำชนิด Acetar 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำใน 15 นาที ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count (CBC), Electrolyte, Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR), Liver function test, Prothombin (PT), Internation Normalize Ratio (INR) ซึ่งโรงพยาบาลวังน้ำเย็นยังไม่ได้ส่งมาให้ หลังได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วได้รายงานให้แพทย์รับทราบ

เวลา 11.15 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 116 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% ให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที มีปัสสาวะไหลออกลงในถุงปัสสาวะ (Urine Bag) 50 มิลลิลิตรเหลืองใสไม่มีตะกอน เลือด Pack red cell Group O low titer ที่ให้ Unit ที่ 2 หมด ประเมินผู้ป่วยหลังได้รับการให้เลือดไม่พบผื่น ไม่มีไข้ ไม่พบอาการผิดปกติอื่นที่จะแสดงถึงอาการแพ้เลือด ดูแลให้สารน้ำชนิด Acetar หยอดทางหลอดเลือดดำอัตรา 120 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์

เวลา 11.30 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 97 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% ให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที ไม่มีปัสสาวะไหลออกเพิ่ม ยังคงมีปัสสาวะในถุงปัสสาวะ (Urine Bag) 50 มิลลิลิตรเหลืองใสไม่มีตะกอน แพทย์ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมได้มีแผนการรักษาให้อนอนโรงพยาบาลที่ตึกศัลยกรรมชายเพื่อเตรียมส่องกล้อง (Esophagogastroduodenoscopy, หรือ EGD) ในวันพรุ่งนี้ และติดตามระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ทุก 4 ชั่วโมง

เวลา 11.45 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 95 มิลลิเมตรปรอท อาการปวดท้อง pain score 2 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% ให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที ไม่มีปัสสาวะไหลออกเพิ่ม ยังคงมีปัสสาวะในถุงปัสสาวะ (Urine Bag) 50 มิลลิลิตรเหลืองใสไม่มีตะกอน ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) 21% เรียกญาติเพื่ออธิบายแผนการรักษาพร้อมกับแพทย์พร้อมความเสี่ยงของตัวโรคขั้นตอนการเตรียมตัวนอนโรงพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยรับฟังด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาและลดความวิตกกังวล ประสานไปยังหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายเพื่อให้เตรียมพร้อมรับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

จำหน่ายจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินย้ายไปยังหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/81 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 97 มิลลิเมตรปรอท อาการปวดท้อง pain score 2 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% ให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที สายยางเข้ากระเพาะอาหารทางจมูก 18 (Nasogastric tube) มีของเหลว (content) สีแดงสด 100 มิลลิลิตรต่อลง plastic bag ไม่มีปัสสาวะไหลออกเพิ่มยังคงมีปัสสาวะในถุงปัสสาวะ (Urine Bag) 50 มิลลิลิตรเหลืองใสไม่มีตะกอน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะช็อกเนื่องจากมีเลือดออกในทางเดินอาหาร
2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการตัวนำพาออกซิเจนลดลง
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดท้อง
4. ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายเนื่องจากกิจกรรมการรักษาและบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. ผู้ป่วยและญาติมีความกลัว วิตกกังวล และขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเลือดออกในทางเดินอาหาร

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชายอายุ 45 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติดื่มเหล้าขาววันละ 1 ก๊ก ดื่มมานาน 25 ปีไปที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็นด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายเป็นสีดำ 9 ชั่วโมงก่อนมา ที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็นผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน (E4V5M6) อ่อนเพลียไม่มีแรงเวียนศีรษะ สัญญาณชีพแรกรับที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 138 ครั้งต่อนาทีคลำได้เบาเร็ว อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 96% ได้รับการดูแลให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (Oxygen saturation) เพิ่มขึ้นเป็น 100% อัตราการหายใจลดลงเป็น 22 ครั้งต่อนาที ใส่สายยางเข้ากระเพาะอาหารทางจมูก เบอร์ 18 (Nasogastric tube) ดูดของเหลว (content) ออกมีเป็นสีแดงสดปริมาณ 500 มิลลิลิตรทำการล้างท้องผ่านสายยาง (Gastric lavage) โดยใช้สารน้ำ NSS ปริมาณ 1,000 มิลลิลิตร หลังทำการล้างท้อง (Gastric lavage) ยังมีของเหลว (content) สีแดงสดไหลออกมาตลอด ได้ต่อ plastic bag เพื่อสังเกตเลือดที่ออกในทางเดินอาหาร ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) 21% ทางโรงพยาบาลวังน้ำเย็นได้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วให้ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count (CBC), Electrolyte, Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR), Liver function test, Prothombin (PT), Internation Normalize Ratio (INR) ให้อายา Omeprazole 80 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ให้อายา Vitamin K1 30 มิลลิกรัมผสมในสารน้ำชนิด NSS 100 มิลลิลิตรให้ทางหลอดเลือดดำ ให้อายา Tranexamic acid 1 กรัมทางหลอดเลือดดำ แล้วให้ส่งมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โรงพยาบาลวังน้ำเย็นได้นำส่งผู้ป่วยด้วยรถพยาบาล (รถ refer) ของโรงพยาบาลวังน้ำเย็นพร้อมด้วยพยาบาล

แรกรับที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยมาด้วยรถพยาบาล (รถ refer) ของโรงพยาบาลวังน้ำเย็นย้ายผู้ป่วยมายังรณอน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สีหน้าอ่อนเพลีย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 57 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 96% เมื่อหายใจในอากาศปกติ (room air) ให้ออกซิเจนทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% ใส่สายยางเข้ากระเพาะอาหารทางจมูก เบอร์ 18 (Nasogastric tube) ของเหลว (content) สีแดงสดไหลออกมา 100 มิลลิลิตรต่อลง plastic bag ปวดท้อง pain score 4 ให้สารน้ำชนิด lactate ringer solution (RLS) หยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 120 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง ในขวดเหลือ 300 มิลลิลิตร ฝ้าสังเกตอาการและสัญญาณชีพทุก 5 นาทีแพทย์ตรวจอาการผู้ป่วย ให้สารน้ำ Lactate ringer solution (RLS) หยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 300 มิลลิลิตร ใน 5 นาทีเพื่อแก้ภาวะความดันโลหิตต่ำ ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) 20% ใส่สายสวนปัสสาวะ (Foley's Catheter) ขนาด 16 ต่อลงถุงปัสสาวะ (Urine Bag) ไม่มีปัสสาวะไหลออก ได้รับ Pack red cell Group Group O low titer 2 unit ฝ้าระวังขณะและหลังได้รับเลือดไม่พบอาการผิดปกติ ให้อายา Octreotide 50 mcq ทางหลอดเลือดดำทันทีและ ให้อายา Octreotide 500 mcq ในสารน้ำชนิด NSS 500 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 10 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์

หลังได้รับสารน้ำ ยา และเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์แล้วนั้น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต 95 มิลลิเมตรปรอท อาการปวดท้องลดลง pain score 2 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100% ให้ออกซิเจน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

ทางสายออกซิเจนแบบผ่านจมูก (Oxygen Cannula) 3 ลิตรต่อนาที มีปัสสาวะไหลออกลงในถุงปัสสาวะ (Urine Bag) 50 มิลลิลิตรเหลืองใสไม่มีตะกอน ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) 21% เรียกญาติอธิบายแผนการรักษาพร้อมกับแพทย์พร้อมความเสี่ยงของตัวโรคขั้นตอนการเตรียมตัวนอนโรงพยาบาล ประสานไปยังหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชายเพื่อให้เตรียมพร้อมรับผู้ป่วย

จำหน่ายจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินย้ายไปยังหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด 1 ชั่วโมง 14 นาที เข้ารับการรักษานอนในโรงพยาบาล ได้รับการส่งกล้องให้การรักษาพยาบาล รวม 3 วัน แพทย์นัดติดตามอาการ 1 เดือน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและกุมารแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตจากภาวะช็อกจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารที่มีภาวะช็อกได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
3. เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารที่มีภาวะช็อก

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะช็อกจำนวน 1 ราย รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 10.46 น. ถึงวันที่ 17 มกราคม 2566 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 1 ชั่วโมง 14 นาที

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตจากภาวะช็อกจากเลือดออกในทางเดินอาหาร
2. ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะช็อกได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะช็อก
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะช็อกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ในกรณีศึกษาเรื่องนี้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดการดำเนินของโรค แกร็บที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน E4V5M6 สัญญาณชีพไม่คงที่ ซึ่งมีแนวโน้มส่งผลให้อาการของผู้ป่วยทรุดลงไปมากกว่าเดิม อันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ อันเป็นภาวะเร่งรีบที่ต้องดูแลเร่งรีบแก้ไขภาวะช็อกต้องให้การพยาบาลที่ซับซ้อน ที่ต้องใช้ความชำนาญในการประเมินและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นมีผู้ป่วยหนักหลายรายซึ่งจำเป็นต้องให้การพยาบาลหลายๆ รายไปพร้อมกัน หากไม่มีความชำนาญที่มากพอจะเกิดความล่าช้าในการให้การพยาบาล อันจะส่งผลให้อาการของผู้ป่วยนั้นทรุดลงได้

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจำเป็นต้องได้รับดูแลอย่างทันถ่วงทีและใช้บุคลากรจำนวนมากกว่าปกติในการดูแลซึ่งจะส่งเสริมประสิทธิภาพในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น
2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการให้เลือดซึ่งผู้ป่วยที่มาในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ได้จองเลือดเลือดไว้ล่วงหน้า จำเป็นต้องได้รับ Group O low titer แทน
3. ที่โรงพยาบาลชุมชนไม่มีเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะช็อกจากการเลือดเป็นระยะเวลานาน
4. งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผู้ป่วยหนักหลายรายที่ต้องให้การพยาบาลไปพร้อมกัน มีเจ้าหน้าที่พยาบาลที่จำกัด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีเลือดสำรองไว้ที่โรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดจำเป็นต้องได้รับการให้เลือดเพื่อแก้ภาวะช็อก
2. ควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัดเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
3. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่เกี่ยวกับการประเมิน และการให้การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะช็อกเพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและราบรื่น

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นายลัทธวรรณ แหลมตีกกล้า ผู้มีส่วนช่วยของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*ลัทธวรรณ แหลมตีกกล้า*.....

(นายลัทธวรรณ แหลมตีกกล้า)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *16* / *ธันวาคม* / *2566*

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นายฉัตรวรรณ แหลมดีกล้า	ฉัตร แหลมดีกล้า

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางพิไลพร เจียมสถิตย์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

(วันที่) 19 / สิงหาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 23 / สิงหาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๒๓ / สิงหาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....  น. ก. ก.

(นายธราพงษ์ กัปโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 7 ก.ค. 2560

**แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

1.เรื่อง พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA))

2.หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลาย โดยฉับพลัน เนื่องจากเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อสมองส่วนนั้นๆได้ เนื่องจากมีการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้เซลล์สมองขาดออกซิเจน ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใดและอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตหรือเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจด้วย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพบแพทย์ทันที การรักษาอย่างรีบด่วนเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะช่วยลดความรุนแรงจากภาวะสมองตาย และรวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และยังป้องกันความพิการและทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้น (ปรมาภรณ์ คลังพระศรี, 2563) โรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน เป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วเฉียบพลัน หากเกิดโรคดังกล่าว จะทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยงสมองส่งผลทำให้สมองเสียหาย เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วโดยจะมีอาการ ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด วิงเวียนศีรษะเดินเซ และหมดสติ ซึ่งการรักษาคือการให้ยาละลาย ลิ่มเลือด(rt-PA) เป็นวิธีการรักษาที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง (William et al, 2018) โดยแพทย์จะให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อเปิดหลอดเลือดทาง หลอดเลือดดำจะทำให้เลือดสามารถไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดออกซิเจนได้ทันเวลา โดยพยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ จะต้องมีการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและการบันทึกทางการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) (ปรมาภรณ์ คลังพระศรี, 2563)

จากสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี 2563 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 588 ต่อแสนประชากรและมีผู้เสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมอง 34,545 ราย ซึ่งสอดคล้องกับองค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก พบว่า ปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 101 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่ เพิ่มขึ้นถึง 10 ล้านคนต่อปี สถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ซึ่งเป็นสาเหตุของการ เสียชีวิตอันดับ 2 ของประเทศไทยและยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2565 ประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน จำนวน 86,258 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 6,506 ราย ซึ่ง จากสถิติงานการพยาบาลผู้ป่วยและอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันจำนวน 19 ราย, 20 ราย และ 25 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 15 ราย, 13 ราย และ 14 รายตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการด้วยอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566)

ปัจจุบันงานการพยาบาลผู้ป่วยและอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมีแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) ซึ่งแบบบันทึกทางการพยาบาลนี้เป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกของกระบวนการให้การพยาบาลของพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้

2. หลักการและเหตุผล(ต่อ)

ในการสื่อสารเชื่อมโยงข้อมูลให้ทีมสุขภาพได้ทราบตรงกัน แม้ว่าบันทึกทางการพยาบาลจะเป็นเอกสารที่มีความสำคัญ แต่ในขณะเดียวกันจากการตรวจสอบเวชระเบียนยังพบว่าพยาบาลยังมีการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุม ในแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) แบบเดิม ซึ่งมีการบันทึกไม่ครบถ้วนในเรื่องของการสังเกตอาการระหว่างการให้ยา 5 ราย การบันทึกการประเมินกำลังของแขนขา (Motor power) 6 ราย ขาดความต่อเนื่องและการประเมินผลหลังให้การพยาบาล 3 ราย ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญในการส่งต่อในการดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยหลังจากการให้ยานั้นไม่ต่อเนื่อง จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีเอกสารต้องบันทึกเป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังต้องรีบเร่งให้การพยาบาลเพื่อให้ทันต่อเวลาในการให้ยา แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) แบบเดิมไม่มีรายการย้ำเตือนให้บันทึกข้อมูล ทำให้บันทึกทางการพยาบาลในแบบเดิมไม่ครบถ้วนในข้อมูลที่ต้องส่งต่อ

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการบันทึกทางการพยาบาล ให้ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งจำเป็นในการรักษามาตรฐานทางวิชาชีพพยาบาล

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

เดิมนั้นงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) ใช้งานนั้นซึ่งมีกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1) การประเมินสภาพ (assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการจากการสัมภาษณ์ การตรวจ ร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีการจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล และการ แก้ปัญหา

2) วินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นข้อความที่บอกถึงการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของ ผู้รับบริการ ซึ่งการวินิจฉัยการพยาบาลไม่ใช่ความต้องการหรือโรค

3) การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลรายบุคคล

4) การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention/ implementation) เป็นการเตรียมพร้อมในการปฏิบัติ โดยทบทวนแผนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน การจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง การให้การพยาบาลตาม แผนการพยาบาลที่วางแผนไว้ และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล

5) การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนการตัดสินประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายของผู้รับบริการหรือไม่

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข แนวความคิดบทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ(ต่อ)

จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดในสมอง โดยใช้แนวคิด PDCA หรือ Deming cycle ซึ่งแนวคิดนี้ถูกคิดและพัฒนาโดย ดร.วิลเลียม เอ็ดเวิร์ดส์ เดมมิ่ง (Dr.Deming's) เป็นหลักการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพของผลิตภัณฑ์ การบริการ และกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีโครงสร้าง 4 ขั้นตอนคือ

Plan: การวางแผนคือ กำหนดสาเหตุของปัญหา จากนั้นวางแผนและเปลี่ยนแปลงปรับปรุงงาน

Do: การปฏิบัติตามแผนคือ ทดสอบดำเนินการการเปลี่ยนแปลงตามแผนที่วางไว้

Check: การตรวจสอบคือ ตรวจสอบว่าบรรลุตามเป้าหมาย ผิดพลาดอะไร และได้เรียนรู้สิ่งใดบ้าง

Act: การปรับปรุงการดำเนินการคือ การปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม

ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะวนซ้ำเป็นวงจรที่ต่อเนื่อง เพื่อให้มีการพัฒนางานอยู่ตลอดเวลา (William Edwards Deming, 1950 อ้างตาม จริฎู จูปรารงค์, 2559) จากการใช้แนวคิด PDCA นั้นพบว่าแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเดิมมีความไม่สอดคล้องกับขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและสมอง ทั้งยังพบว่าไม่ครอบคลุมในประเด็นหลักที่ต้องเฝ้าระวังขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีอยู่นั้นยังไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงของอาการระหว่างให้ยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ผู้แสดงผลงานจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดในสมองให้มีความสะดวกรวดเร็ว ลดขั้นตอนในการทำงาน และถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลตามสำนักพยาบาล โดยใช้รูปแบบตรวจติดตามและประเมินผล (checklist) ในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดในสมอง โดยหลักของรูปแบบตรวจติดตามและประเมินผล (checklist) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะทำให้การพยาบาลนั้นครอบคลุมครบถ้วนมากยิ่งขึ้น โดยการจัดทำนั้นมีการรวบรวมกระบวนการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองจากแหล่งข้อมูลต่างๆ นำมาสรุปและรวบรวมจัดทำเป็นแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดในสมองที่เหมาะสมไป

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวความคิดพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) โดยมุ่งหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับได้การพยาบาลรวดเร็วครบถ้วนครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และผู้ให้การพยาบาลนั้นสามารถให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น และพึงพอใจในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA))

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ให้ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์
2. เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA))

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข แนวความคิดบทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ(ต่อ)

วัตถุประสงค์ (ต่อ)

3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นำแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทุกราย

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน สิงหาคม 2566 – ตุลาคม 2566

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่รับบริการในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

2. พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA))
4. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) และทดลองใช้ในหน่วยงาน
5. นำไปใช้ในหน่วยงาน
6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) ให้ดีขึ้น

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างรวดเร็วครบถ้วนสมบูรณ์
2. งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) ที่ได้รับการพัฒนาแล้วในหน่วยงาน
3. พยาบาลวิชาชีพมีความพอใจในแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA))

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) อย่างรวดเร็วและครบถ้วนสมบูรณ์ร้อยละ 100
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นำแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Alteplase หรือ reversed tissue Plasminogen Activator (rtPA)) มาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 100

(ลงชื่อ) ..ฉันทนา อินทร์ศรี..
 (นายฉันทนา อินทร์ศรี)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) ..16..มิถุนายน..2566..
 ผู้ขอประเมิน