

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและโรคร่วม
2. ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลาดูแล 7 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury)

ความหมายของโรค

ภาวะไตวายเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่มีการสูญเสียการทำงานของไตในช่วงเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน เป็นผลให้เกิดการคั่งของของเสียและการควบคุมสมดุลกรดต่าง รวมทั้งปริมาณน้ำและเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ การใช้คำว่า “เฉียบพลัน” นอกจากบ่งถึงช่วงเวลาระยะสั้นที่เกิดขึ้นแล้ว ยังบ่งถึงความเป็นไปได้ที่จะกลับสู่ภาวะปกติได้ (ทัศนพรรณ ศรีทองกุล, 2559)

พยาธิสภาพ

สามารถแบ่งกลไกการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันตามชนิดของโรคฯ เป็น ischemic, septic และ nephrotoxic acute kidney injury Ischemic acute kidney injury เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะไตวายเฉียบพลัน ทั้งชนิดที่เกิดในโรงพยาบาล และชนิดที่เกิดนอกโรงพยาบาล ประกอบด้วยระยะต่างๆ

Prerenal azotemia เกิดขึ้นเมื่อปริมาณเลือดที่เข้าสู่ไตลดลง ทำให้มี GFR ลดลงระดับ blood urea nitrogen (BUN) และระดับครีเอตินินในเลือดเพิ่มขึ้น ภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว เนื่องจากกลไก autoregulation ซึ่งควบคุมการกรองของเสียผ่านไต ยังสามารถทำงานได้ตามปกติ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีปริมาณปัสสาวะลดลง แต่ในบางราย ปริมาณปัสสาวะอาจจะไม่ลดลงก็ได้ ในปัจจุบันยังไม่มีกำหนด นิยามของคำว่า prerenal azotemia ที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะหมายถึง ภาวะที่ “reversible increase in serum creatinine and urea concentrations, characterized by intact renal parenchymal function with renal hypoperfusion” ร่วมกับมีอัตราส่วนของค่า BUN ต่อระดับครีเอตินินในเลือดเพิ่มขึ้น เกิดจากมีการหลั่ง antidiuretic hormone (ADH) เพิ่มขึ้น ขณะที่ acute stress ทำให้มีการดูดกลับ ของ น้ำและ urea จาก renal tubules เข้าสู่ระบบการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปการฟื้นตัวของไตจะเกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง ดังนั้น การใช้คำว่า “prerenal azotemia” ที่ถูกต้องจึงมักเป็นการประเมิน ภาพรวมของผู้ป่วยย้อนหลัง (ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์ และเกรียง ตั้งสง่า, 2560)

Post renal acute renal failure คือ ไตวายเฉียบพลัน ที่เกิดจากการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ ที่พบบ่อย ได้แก่ การอุดตันที่ระดับกระเพาะปัสสาวะ (Urinary retention) หรือที่ระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะลงมา (Infravesicular obstruction เช่นที่ท่อปัสสาวะ) สาเหตุของ post renal acute renal failure ที่พบบ่อยกว่า คือ การอุดตันที่ท่อไต (ureter) ทั้งสองข้าง หรือการอุดตันที่ท่อไตข้างเดียวในผู้ป่วยที่มีไตเหลือเพียงหนึ่งข้าง (วสันต์ สุเมธกุล, 2561)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพ(ต่อ)

Acute Tubular Necrosis (ATN) เมื่อเกิดภาวะขาดเลือด (ischemia) ต่อไต้ที่นานหรือรุนแรง เพียงพอ จะทำให้โครงสร้างภายในไตในส่วนของ renal vasculature, tubular epithelium เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลง ของเนื้อเยื่อไตหลังจากภาวะขาดเลือดอาศัยกระบวนการ inflammation, innate และ acquired immune response การที่ proximal renal tubular epithelium สูญเสีย cytoskeletal integrity และ เซลล์ polarity proximal tubule brush border หลุดลอก รวมถึง adhesion molecule และ โปรตีนสำคัญที่ตำแหน่งผิวของ renal tubular epithelium membrane เช่น Na^+/K^+ -ATPase และ betaintegrins เคลื่อนที่ผิดจากตำแหน่งปกติไป (mislocalization) มีความผิดปกติของ cell to cell interaction และมีการหลุดลอก ของ renal tubular epithelium เกิดการตายแบบ apoptosis และ necrosis แล้วหลุดลอกออกไป ทำให้บริเวณที่กั้นระหว่าง สารน้ำและ solute ใน tubular lumen ที่ถูกกรองผ่าน glomeruli กับ peritubular interstium เหลือเพียงแค่ denuded basement membrane เท่านั้นทำให้สาร solute ที่ถูกกรองผ่าน glomeruli จะไหลย้อนกลับไป renal interstitium ในที่สุดทำให้ปัสสาวะน้อยลง

Nephrotoxic acute kidney injury กลไกหลักในการเกิด drug-induced nephrotoxicity ได้แก่ direct injury ซึ่งประกอบด้วย tubulointerstitial injury, interstitial nephritis, glomerular injury, obstructive uropathy และ indirect injury และเกิดพยาธิสภาพแบบ acute tubular necrosis (ATN) ตามมา(ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์ และเกรียง ตั้งสง่า, 2560)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตวายเฉียบพลันโดยใช้ KDIGO criteria

ระยะต่างๆ	เกณฑ์ตามระดับ serum creatinine	เกณฑ์ตามปริมาณปัสสาวะ
ระยะที่ 1	มีระดับครีเอตินินในเลือดเพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 1.5 เท่า ของค่าระดับครีเอตินินในเลือด เริ่มต้นหรือมีระดับครีเอตินินในเลือดเพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 0.3 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร ในระยะเวลา 48 ชั่วโมงนับจากเริ่มต้น	มีปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อ น้ำหนัก ตัวต่อ ชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง
ระยะที่ 2	มีระดับครีเอตินินในเลือดเพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 2 ถึง น้อยกว่า 3 เท่า ของค่าระดับครีเอตินินในเลือด เริ่มต้น	มีปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อ น้ำหนักตัวต่อ ชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 12 ชั่วโมง
ระยะที่ 3	มีระดับครีเอตินินในเลือด เพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 3 เท่า ของค่าระดับครีเอตินินในเลือด เริ่มต้น หรือมีระดับครีเอตินินในเลือดเท่ากับหรือมากกว่า 4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือ ผู้ป่วยต้องทำการบำบัดทดแทนไต	มีปัสสาวะน้อยกว่า 0.3 มิลลิลิตรต่อ น้ำหนักตัวต่อ ชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การรักษา (วสันต์ สุเมธกุล, 2561)

Pre renal ARF: รักษาโดยการให้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทนจนกว่า volume status ของร่างกายจะเข้าสู่ภาวะปกติ และรักษาต้นเหตุที่ทำให้ร่างกายสูญเสียสารน้ำออกจากร่างกายให้หาย เช่น ให้อาปฏิชีวนะรักษาโรคท้องเสียจาก Cholera, รักษาโรคอาเจียนเป็นเลือดให้หายขาด เป็นต้น สำหรับกลุ่มอาการที่เรียกว่า effective circulation volume depletion เช่น โรค congestive heart failure, nephrotic syndrome, cirrhosis ให้รักษาตามความเหมาะสมของโรคที่เป็นสาเหตุนั้น เช่น ให้อายาขับปัสสาวะชนิด loop diuretics ในผู้ป่วย congestive heart failure, ให้อายา aldosterone antagonist ในผู้ป่วย cirrhosis และการให้อายา corticosteroid หรือ cytotoxic agents ในผู้ป่วย nephrotic syndrome เป็นต้น

Post renal ARF: รักษาโดยการแก้ไขการอุดตันของระบบ KUB เช่น การใส่สายสวน Foley's catheter เพื่อรักษาการอุดตันที่ bladder outlet และการทำ Percutaneous nephrostomy เพื่อแก้ไขการอุดตันที่ท่อไต (ureter) ทั้งนี้ควรให้การแก้ไขการอุดตัน ร่วมไปกับการรักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดการอุดตัน เช่น ทำ prostatectomy เพื่อรักษาโรค benign prostatic hyperplasia การให้อายาป้องกันไม่ให้เกิดนิ่วซ้ำ (recurrence stone) ในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

Intrinsic ARF ชนิดที่เป็น Acute Tubular Necrosis: หลักการรักษาที่สำคัญคือป้องกันไม่ให้ไตสูญเสียการทำงานเพิ่ม ป้องกันโรคแทรกซ้อน และส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวของไต โดยจำแนกแนวทางการรักษาได้ดังนี้

1. การรักษาประคับประคองอาการ (supportive care): การรักษาประคับประคองอาการมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้ไตเสียหายทำงานมากขึ้นไปอีก และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ระหว่างที่ไตยังไม่มีฟื้นตัว

2. การรักษาโดยการทำให้ dialysis หากรักษาโดยการประคับประคองแล้วผู้ป่วยมีข้อชี้บ่ง (indication) ก็ควรให้การรักษาโดยการทำให้ dialysis เช่น ผู้ป่วยมีอาการของ uremia, volume overload, severe metabolic acidosis, severe hyperkalemia และผู้ป่วยมีระดับของ nitrogenous waste products ในเลือดสูง

การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (สุรีย์วรรณ รัตนกิจสุนทร, 2563)

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยสังเกตอาการเหนื่อยลดลง ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น
2. ประเมินสารน้ำ เข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง โดยเฉพาะการบันทึกปัสสาวะต้องไม่น้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัม/ชั่วโมง
3. ประเมินภาวะน้ำท่วมปอดหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวมมากขึ้น
4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อดูการทำงานของไต
5. แนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานให้รับประทานอาหารลดเค็ม
6. ดูแลและให้ได้รับสารน้ำที่เพียงพอเพื่อเพิ่มอัตราการกรองของไต และขับของเสียเพิ่มมากขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

ความหมายของโรค (สิระ กอไพศาล, 2565)

โรคเบาหวาน คือ โรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ที่หลังฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยกว่าปกติ หรือเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินซึ่งพบได้ในโรคอ้วน โดยสามารถตรวจเบาหวาน ได้โดยการตรวจน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารประมาณ 8 ชั่วโมง หากระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือตรวจค่าน้ำตาลสะสมได้มากกว่า 6.5% ก็เข้าเกณฑ์ของโรคเบาหวาน

พยาธิสภาพ (อรพิน สีขาว, 2561)

โรคเบาหวานเกิดจากความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลินอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ผลิตโดยตับอ่อนทำหน้าที่ช่วย นำน้ำตาลกลูโคสในเลือดเข้าสู่เซลล์ทั่วร่างกายเพื่อเผาผลาญให้เป็นพลังงาน สำหรับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่เป็นเบาหวานจะพบว่าตับอ่อนผลิตอินซูลินได้น้อยหรือไม่ได้เลย หรือผลิตได้ปกติแต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงเมื่อ ขาดอินซูลินหรืออินซูลินทำงานไม่ได้ น้ำตาลในเลือดจึงเข้าสู่เซลล์ต่างๆได้น้อยกว่าปกติ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลใน เลือดและน้ำตาลจะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ น้ำตาลที่เข้มข้นสูงจะพาน้ำออกมาเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะ บ่อยพร้อมกับสูญเสียเกลือแร่บางชนิดโดยเฉพาะโซเดียมร่างกายจึงขาดทั้งอาหาร น้ำ เกลือแร่ จึงมีอาการหิวบ่อย กินจุ กระหายน้ำบ่อยและน้ำหนักลด ผอมลง บางรายอาจอ่อนเพลีย

ชนิดของโรคเบาหวาน (อรุณรัตน์ สุธนองบัว และลำไพ สุวรรณสาร, 2565)

1.โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes mellitus)ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยกว่า30 ปีรูปร่างไม่อ้วนเกิด จากร่างกายสร้างแอนติบอดีทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อนทำให้ไม่สามารถ สร้างฮอร์โมนอินซูลินได้ส่งผลทำให้ขาด อินซูลินโดยสิ้นเชิง การรักษาต้องฉีดอินซูลินทุกวันเข้าไปทดแทน มิฉะนั้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายถึง ชีวิตได้โดยเฉพาะภาวะเลือดเป็นกรด โดยอาจตรวจพบสารคีโตนในเลือด (Diabetic Ketoacidosis: DKA) หรือสารคี โตนในปัสสาวะ (Ketonuria)

2.โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) เป็นชนิดที่พบมากที่สุดประมาณ ร้อยละ 95 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งหมด มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไปรูปร่างอ้วน หรือผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะญาติ สายตรงเป็นเบาหวาน เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่อ อินซูลินที่หลัง และเบต้าเซลล์ของตับอ่อนมีการหลั่งฮอร์โมน อินซูลินไม่เพียงพอ

3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Otherspecific type of diabetes mellitus) เป็น โรคเบาหวานที่มี สาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติสายพันธุ์กรรมเดี่ยวจาก โรคของตับอ่อน จากความผิดปกติ ของต่อมไร้ท่อ จากยา สารเคมี การติดเชื้อจากระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นโรคที่ตรวจพบครั้งแรกในหญิง ตั้งครรภ์ โดยในขณะที่ตั้งครรภ์ร่างกายมีความทนต่อกลูโคสผิดปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สาเหตุของโรคเบาหวาน

เบาหวานสืบทอดทางกรรมพันธุ์ได้ แต่ก็เพียงหนึ่งในหลายๆปัจจัยเท่านั้น ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดเบาหวานได้อีกหลายประการ เช่น

1. ความอ้วน เนื่องจากในคนอ้วนเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินน้อยลงอินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้เช่นเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินอยู่ในกระแสเลือด
2. สูงอายุ ตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนได้น้อยลง ในขณะที่ได้รับน้ำตาลเท่าเดิม จึงมีน้ำตาลเกินในกระแสเลือด
3. ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุรามากเกินไปหรือตับอ่อนบอบช้ำ จากการประสบอุบัติเหตุซึ่งมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาตับอ่อนบางส่วนออก
4. การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น คางทูม หัดเยอรมัน
5. ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้
6. การตั้งครรภ์เนื่องจากฮอร์โมนหลายชนิดที่รกสังเคราะห์ขึ้นมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มักพบบ่อย ๆ คือ

1. ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมาก เนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกจากปัสสาวะ โดยไตนี้จำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ตื่นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนหลายครั้ง

2. คอแห้ง กระหายน้ำและดื่มน้ำมากเป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไป จากการปัสสาวะบ่อยและมากทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ จึงต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำบ่อย ๆ

- 2.1. มีเลือดออกภายในร่างกาย ทำให้มีบิลิรูบินเข้าสู่กระแสเลือดมากกว่าปกติ

- 2.2. มีการดูดซึมกลับของบิลิรูบินจากลำไส้มากขึ้น ความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่

breastfeeding jaundice (BFJ) พบได้ในทารกอายุ 2 - 4 วัน ที่ได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ และbreastmilk jaundice syndrome (BMJ) พบได้ในทารกอายุ 4 - 7 วัน กลไกการเกิดยังไม่ทราบแน่นอน(กรรณิการ์ วงศ์ภาวิทย์, 2557)

การวินิจฉัย (อรุณรัตน์ สู่หนองบัว และลำไพ สุวรรณสาร, 2565)

การวินิจฉัยโรคเบาหวานทำได้โดย 4 วิธีดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเวลาใดก็ได้โดยไม่ต้องงดอาหารถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting plasma Glucose) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่ค่อยมีอาการ

3. การตรวจความทนต่อกลูโคสโดยตรวจระดับพลาสมากลูโคส ภายหลังจากการดื่ม สารละลายที่มีกลูโคส 75 กรัม เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง พบค่าที่มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัย(ต่อ) (อรุณรัตน์ สู่หนองบัว และลำไพ สุวรรณสาร, 2565)

4. การตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีถ้ามีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เป็นวิธีที่นิยมกันมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน

การรักษาโรคเบาหวาน (อรุณรัตน์ สู่หนองบัว และลำไพ สุวรรณสาร, 2565)

1. ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาล ในเลือด ซึ่งน้ำหนักคำนวณ BMI วัดรอบ เอว
2. ประเมินการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา/ฉีดยา และ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง

3. ส่งตรวจ ไขมันในเลือด, ระดับฮีโมโกลบิน เอวันซี, serum creatinine, albumin, ส่งตรวจปัสสาวะ microalbuminuria, รวมถึงตรวจตาและเท้า อย่างละเอียด อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

4. ประเมินภาวะแทรกซ้อน เพื่อส่งพบแพทย์

4.1 ตา: สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสายตา เช่นตามัวลง มองเห็น ภาพซ้อน (อาการเหล่านี้เกิดจากควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้) เบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการตรวจตา ตั้งแต่ครั้งแรกเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค เบาหวาน และควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.2 ไต: สังเกตอาการบวม โดยเฉพาะเท้า และตรวจเพื่อดูโปรตีนในปัสสาวะ

4.3 เท้า: ตรวจอย่างละเอียดบริเวณซอกนิ้วเท้า ฝ่าเท้ารอบเล็บเท้า เพื่อดูรอยขีดแผลหรืออาการอักเสบ

5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

6. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ควรควบคุมความดันโลหิต น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท และควรควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีให้ต่ำกว่า 7

7. ประเมินเพิ่มเติมในส่วนของสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ในบ้านที่สนับสนุน การจัดการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

8. ให้คำปรึกษาในส่วนตัว หาสาเหตุและวางแผน แก้ไขร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

9. ย้ำอาการสำคัญที่ต้องไปพบแพทย์ เช่น ขาดตามปลายมือปลายเท้า ใจสั่น บวมตาม ปลายมือ ปลายเท้า ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หรือมีภาวะ Hypoglycemia/ Hyperglycemia

10. บันทึกเพื่อติดตามผลการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย การติดตามและการประเมินผลการรักษาผู้ป่วย

ระยะที่ 1 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ติดตามทุก 1-4 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรค ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด จนสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ตาม เป้าหมาย ภายใน 3-6 เดือน และควรมีการติดตาม เยี่ยมบ้านและร่วมประเมินสภาพแวดล้อม

ระยะที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ติดตามทุก 1-3 เดือน เพื่อประเมิน การควบคุมน้ำตาลและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา ปัญหาอุปสรรคและสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และสภาพจิตใจ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สิระ กอไพศาล, 2565)

1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน การดูแลรักษาสุขภาพให้ห่างไกลโรคเบาหวาน อาจจะเริ่มจากการดูแลและควบคุมพฤติกรรมการกินก่อนเป็นอย่างแรก ด้วยการลดปริมาณของหวานหรืออาหารจำพวกแป้งและคาร์โบไฮเดรตต่าง ๆ ลง เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน เบเกอรี่ เป็นต้น
2. รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง นอกจากจะลดอาหารหวาน มัน เค็มแล้ว ยังควรหันมาบริโภคอาหารที่มีกากใยสูงอย่างผักใบเขียวให้มากขึ้น รวมถึงควรเลือกรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานในปริมาณที่พอเหมาะ
3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ปั่นจักรยาน หรือเต้นแอโรบิก ครั้งละประมาณ 30 นาที ให้ได้ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์
4. ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หมั่นสังเกตอยู่เสมอว่าน้ำหนักลด หรือเพิ่มแบบไม่มีสาเหตุหรือไม่ และพยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่อ้วนเกินไป หรือผอมเกินไป
5. หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ลด ละ หลีกเลี่ยง หรือจำกัดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นอาจมีผลข้างเคียงกับยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน รวมถึงโรคอื่น ๆ
6. งดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรงดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด เพื่อลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด
7. ใช้อาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ แล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำเป็นต้องใช้อาหารลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษานั้นก็มีทั้งยากินและยาฉีด ขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือดและอาการอื่น ๆ ตามแต่แพทย์พิจารณา

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) (อรุณรัตน์ สู้หนองบัว และลำไพ สุวรรณสาร, 2565)

เกิดจากการที่ร่างกายของผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก(มากกว่า 600 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ระดับกลูโคสที่สูงมากในเลือดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่นอกเซลล์ จะทำให้เกิดภาวะการดึงน้ำออกจากเซลล์ เป็นผลให้เซลล์ขาดน้ำอย่างรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการใจสั่น มือสั่น เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว หน้ามืด ตาลาย ปวดศีรษะ มึนงง ซึ่งอาการของผู้ป่วยแต่ละคน จะแตกต่างกันออกไป กรณีรุนแรงมากผู้ป่วยอาจมีอาการชกหรือหมดสติ

การพยาบาลภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) (อรุณรัตน์ สู้หนองบัว และลำไพ สุวรรณสาร, 2565)

1. สังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเช่นปัสสาวะบ่อยกระหายน้ำ น้ำหนักลดอ่อนเพลียคลื่นไส้อาเจียนซึมลงหมดสติ
2. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหากพบอาการผิดปกติให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
3. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย
4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง
5. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเพื่อให้การพยาบาลได้ถูกต้อง
6. ดูแลให้อินซูลินตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ชาติตามปลายมือปลายเท้า
7. แนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานให้รับประทานอาหารให้เป็นเวลา แบ่งอาหารออกเป็นสามมื้อหลัก
8. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิดไม่มีน้ำตาล ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อชดเชยสารน้ำที่เสียไป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและมีโรคร่วม

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชาย อายุ 67 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
สถานภาพสมรสคู่ การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ภูมิลำเนา จังหวัดบุรีรัมย์
อาศัยอยู่กับภรรยา

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 23.29 น.

วันที่รับไว้ดูแล 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 23.50 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 16 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 16 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 7 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 7 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล ประวัติการสัมภาษณ์ผู้ป่วยญาติ และเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย 3 วันก่อนมา

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 สัปดาห์ก่อนมา ขาดยาเบาหวานและยาความดันโลหิตเนื่องจากเดินทางมาหาลูกที่จังหวัดสระแก้ว และไม่ได้
นำยาเบาหวานและยาความดันโลหิตมาด้วย

3 วันก่อนมา อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย

แรกรับที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (รพช.เขาฉกรรจ์) ดูแลเจาะเลือด BUN Creatinine
Electrolyte CBC Blood Sugar Serum Ketone VBG เก็บ Urine Analysis เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ระดับน้ำตาล
563 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดูแลให้ load สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NaCl 1,000 มิลลิตร หลังจากนั้นให้
0.9% NaCl 1,000 มิลลิตร ในอัตราหยด 150 มิลลิตร/ชั่วโมง และให้ยา Humulin R 10 ยูนิต ผสมสารน้ำ 0.9 %
NaCl 99 มิลลิตร ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันที 10 มิลลิตร หลังจากนั้นให้ต่อในอัตราหยด 10 มิลลิตร/ชั่วโมง ตาม
แผนการรักษาของแพทย์ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ซ้ำ 1 ชั่วโมง ได้ 339 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผลตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการไม่พบคีโตนในปัสสาวะ BUN 74 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Cr 8.48 มิลลิกรัม/เดซิลิตร eGFR 5.85 จึงหยุดให้
ยา Humulin R ในหลอดเลือดดำ และปรับลดสารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 มิลลิตร ในอัตราหยด 100 มิลลิตร/ชั่วโมง
แพทย์พิจารณาส่งตัวผู้ป่วยมารักษาเรื่องไตวายเฉียบพลันและระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
สระแก้ว ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม สัญญาณชีพก่อนย้ายหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตรา
การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 97/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนใน
กระแสเลือด 99%

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

10 ปีก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะบ่อย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รักษาที่โรงพยาบาลแคนดงจังหวัดบุรีรัมย์ แพทย์มีแผนการรักษาให้ยา Enalapril 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า รักษาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา

7 ปีก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน รักษาที่โรงพยาบาลแคนดงจังหวัดบุรีรัมย์ โดยให้ยารับประทาน Pioglitazone 5 มิลลิกรัม 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและก่อนอาหารเย็น และ ยา Metformin 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า และหลังอาหารเย็น รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา แต่ผู้ป่วยมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มารดาเป็นเบาหวาน

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหารใดๆ

ประวัติการสารเสพติด ไม่มีการใช้สารเสพติด ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

ประวัติการผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

ลักษณะนิสัย ผู้ป่วยเป็นคนมีนิสัยร่าเริง พุดคุย ยิ้มแย้ม เข้ากับบุคคลอื่นได้ง่าย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ปกติเป็นอาหารธรรมดาเบาหวานเค็มน้อย แต่ 3 วันมานี้ทานอาหารได้น้อยลง 5-6 คำต่อมื้อ

การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนวันละประมาณ 6-8 ชั่วโมง

การออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่ได้มีการออกกำลังกาย จะมีแค่การเดินเล่นเบา ๆ ในสวนหลังบ้าน

สุขนิสัยและการขับถ่าย ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทุกวันตอนเช้า วันละ 1 ครั้ง

ความเชื่อและค่านิยม ผู้ป่วยมีความเชื่อในเรื่องของบาปบุญ คุณโทษ

สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองอยู่กับสามี

เศรษฐกิจและรายได้ ผู้ป่วยมีฐานะครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีรายได้ประมาณ 8,000-10,000 บาทต่อเดือน จากงานรับจ้างทั่วไป และจากบุตร

การดูแลความสะอาดร่างกาย อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า,เย็น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/64 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 99 %

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยตื่นดีตามตอบรูเรื่อง น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร BMI=26.77 อยู่ในเกณฑ์อ้วน
ผิวหนังและเล็บ : สีผิวไม่สม่ำเสมอ ผิวหมองคล้ำ มีกระ มีลักษณะเขียวช้ำ ไม่มีอาการบวม ไม่พบผื่น เล็บมือสะอาด ตัดสั้น ไม่ขีด ไม่มีนิ้วปูด ไม่มีร่องรอยของบาดแผล บริเวณเท้าแห้ง มีรอยแตกที่บริเวณสันเท้าทั้ง 2 ข้าง

ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้ มีอาการชาบริเวณปลายเท้าทั้งสองข้าง

ศีรษะ: ผมสีดำสลับขาว เส้นผมแห้ง ไม่มีรังแค ไม่มีบาดแผล คลำดูปกติ ศีรษะอยู่กึ่งกลางลำตัว มีความสมมาตร ทั้งสองข้าง ต่อมาน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและไม่มีอาการอักเสบ คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

ใบหน้า: มีรูปร่างเป็นรูปไข่ใบหน้าและอวัยวะบนใบหน้าสมส่วนกันและเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง สีผิวไม่สม่ำเสมอ ผิวหมองคล้ำ มีกระ มีลักษณะเขียวช้ำ ไม่มีอาการบวม ไม่มีก้อน ไม่มีตุ่มหนอง

ตา: ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่าศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร เลนส์ตาไม่ขุ่น การเคลื่อนไหวของลูกตาในทุกทิศทางปกติ การมองเห็นปกติ

ใบหู : ใบหูมีรูปร่างปกติ ไม่มีน้ำหนองไหล

จมูก: มีลักษณะภายนอกปกติ สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ภายในโพรงจมูกไม่อักเสบ ไม่มีน้ำมูก

ปาก : ไม่มีปากแหว่ง ริมฝีปากไม่แตก ไม่มีรอยโรคที่มุมปาก ภายในปากไม่มีแผล เยื่อภายในและกระพุ้งแก้มสีชมพู ฟันสีขาว ไม่มีฟันผุ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม ลิ้นไม่มีแผล ไม่เป็นฝ้า เพดานปากไม่โหว่ ทอนซิลขนาดปกติ ไม่มีโต ลักษณะขากรรไกรปกติ

คอ: คอไม่แดง gag reflex ปกติ กล้ามเนื้อคอสมมาตรกันดี ต่อมไทรอยด์ไม่โต

แขนขา : โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีกระดูกงอกของกระดูกสันหลัง แขนขา ไม่มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดปกติ motor power gr.5 all บริเวณเท้าแห้ง มีรอยแตกที่บริเวณสันเท้าทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวแขนและขาทั้ง 2 ข้างได้

ทรวงอกและปอด: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ไม่มีก้อนบวม การเคลื่อนไหวของทรวงอก สอดคล้องกับลักษณะการหายใจเข้าออก มีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ไม่มีเสียง crepitating หรือเสียง wheezing

หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur ชีพจร 82 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปของหน้าท้องสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มี ascitis ท้องไม่อืด ไม่มี tenderness หรือ rebound tenderness การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ จำนวน 5 ครั้ง/นาที ตับม้าม คลำไม่ได้ ต่อมาน้ำเหลืองที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้างไม่โต ไม่มีริดสีดวงทวาร

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : ปัสสาวะปกติ ไม่มีเสปซัด อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine, eGFR)

วันที่ตรวจ	สิ่งที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
10 กุมภาพันธ์ 2566	Creatinine	8.48 mg/dL	0.52-1.04 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	eGFR	5.85 mL/min	>90 mL/min	ไตรระยะที่ 5
	BUN	74 mg/dL	10-20 mg/dL	สูงกว่าปกติ
11 กุมภาพันธ์ 2566	Creatinine	9.25 mg/dL	0.52-1.04 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	eGFR	5.27 mL/min	>90 mL/min	ไตรระยะที่ 5
	BUN	82.6 mg/dL	10-20 mg/dL	สูงกว่าปกติ
12 กุมภาพันธ์ 2566	Creatinine	9.20 mg/dL	0.52-1.04 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	eGFR	5.3 mL/min	>90 mL/min	ไตรระยะที่ 5
	BUN	78.9 mg/dL	10-20 mg/dL	สูงกว่าปกติ
14 กุมภาพันธ์ 2566	Creatinine	5.92 mg/dL	0.52-1.04 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	eGFR	9.03 mL/min	>90 mL/min	ไตรระยะที่ 5
	BUN	54.7 mg/dL	10-20 mg/dL	สูงกว่าปกติ
16 กุมภาพันธ์ 2566	Creatinine	3.35 mg/dL	0.52-1.04 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	eGFR	17.98 mL/min	>90 mL/min	ไตรระยะที่ 4
	BUN	29.1 mg/dL	10-20 mg/dL	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)

วันที่	เวลา	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
10 กุมภาพันธ์ 2566	23.25น.	245 mg/dL	80-180 mg/dL	สูงกว่าปกติ
11 กุมภาพันธ์ 2566	07.00น.	400 mg/dL	80-180 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	11.00น.	460 mg/dL	80-180 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	12.00น.	427 mg/dL	80-180 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	15.00น.	350 mg/dL	80-180 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	20.00น.	320 mg/dL	80-180 mg/dL	สูงกว่าปกติ
12 กุมภาพันธ์ 2566	07.00น.	264 mg/dL	80-180 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	15.00น.	429 mg/dL	80-180 mg/dL	สูงกว่าปกติ
13 กุมภาพันธ์ 2566	07.00น.	237 mg/dL	80-180 mg/dL	สูงกว่าปกติ
	15.00น.	291 mg/dL	80-180 mg/dL	สูงกว่าปกติ
14 กุมภาพันธ์ 2566	07.00น.	110 mg/dL	80-180 mg/dL	ปกติ
	15.00น.	135 mg/dL	80-180 mg/dL	ปกติ
15 กุมภาพันธ์ 2566	07.00น.	123 mg/dL	80-180 mg/dL	ปกติ
	15.00น.	151 mg/dL	80-180 mg/dL	ปกติ
16 กุมภาพันธ์ 2566	07.00น.	111 mg/dL	80-180 mg/dL	ปกติ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด Blood sugar วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 19.27 น.(รพช.เขาค้อ)

วันที่	เวลา	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
10 กุมภาพันธ์ 2566	19.27 น.	563 mg/dL	<200 mg/dL	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 4 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC) วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 19.26 น.
(รพช.เขาค้อ)

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	9,070 Cells/uL	4,030 – 10,770 Cells/uL	ปกติ
Neutrophil	70 %	48.7 – 71.0 %	ปกติ
Lymphocyte	41 %	21.1 – 42.1 %	ปกติ
Eosinophil	2 %	0 – 9 %	ปกติ
Basophil	0 %	0-1%	ปกติ
Monocyte	10 %	3 – 11 %	ปกติ
RBC	4.97 Cells/uL	4.03 – 5.55 Cells/uL	ปกติ
HGB	13.1 g/dL	12.8 – 16.1 g/dL	ปกติ
HCT	39 %	38.2 – 48.3 %	ปกติ
MCV	76.1 fL	78.9 – 98.6 fL	ต่ำกว่าปกติ
MCH	26.3 Pg	25.9 - 33.4 fL	ปกติ
MCHC	34.6 g/dL	32 – 34.9 g/dL	ปกติ
RDW	12.5 %	11.8 – 15.2 %	ปกติ
MPV	9.6 fL	7.2 – 11.1fL	ปกติ
PLT. Count	215,000 Cells/uL	140,000 – 400,000 Cells/uL	ปกติ
PLT.Smear	Adequate	Adequate	ปกติ
RBCMorphology	Normal	Normal	ปกติ

ตารางที่ 5 ผลการตรวจเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte) วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 19.27 น.(รพช.เขาค้อ)

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na : Sodium	125 mmol/L	137-145mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
K : Potassium	4.84 mmol/L	3.50-5.10 mmol/L	ปกติ
CL: Chloride	96.84 mmol/L	98-107 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
ECO2 : Bicarbonate	15 mmol/L	22.0-30.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Anion gap	19 mmol/L	8-16 mmol/L	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 6 ผลการตรวจเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte) วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 06.00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na : Sodium	129 mmol/L	137-145mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
K : Potassium	4.75 mmol/L	3.50-5.10 mmol/L	ปกติ
CL: Chloride	98 mmol/L	98-107 mmol/L	ปกติ
ECO2 : Bicarbonate	18 mmol/L	22.0-30.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Anion gap	17 mmol/L	8-16 mmol/L	สูงกว่าปกติ

ตารางที่ 7 ผลการตรวจเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte) วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 06.00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na : Sodium	132 mmol/L	137-145mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
K : Potassium	4.29 mmol/L	3.50-5.10 mmol/L	ปกติ
CL: Chloride	106.5 mmol/L	98-107 mmol/L	ปกติ
ECO2 : Bicarbonate	22.4 mmol/L	22.0-30.0 mmol/L	ปกติ
Anion gap	9 mmol/L	8-16 mmol/L	ปกติ

ตารางที่ 8 ผลการตรวจเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte) วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 06.00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na : Sodium	140 mmol/L	137-145mmol/L	ปกติ
K : Potassium	4.19 mmol/L	3.50-5.10 mmol/L	ปกติ
CL: Chloride	106.5 mmol/L	98-107 mmol/L	ปกติ
ECO2 : Bicarbonate	23.9 mmol/L	22.0-30.0 mmol/L	ปกติ
Anion gap	12 mmol/L	8-16 mmol/L	ปกติ

ตารางที่ 9 ผลการตรวจปัสสาวะ (Urine Analysis :UA) วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 19.44 น.(รพช.เขาค้อ)

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Volume	10 mL		
Color	Yellow	Yellow, Color	ปกติ
Turbidity	Clear	Clear	ปกติ
Sp.gr	1.015	1.003-1.030	ปกติ
pH	5.0	4.5-8.0	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 9 ผลการตรวจปัสสาวะ (Urine Analysis :UA) วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 19.44 น.(ต่อ)
(รพช.เขานกกระจิ)

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Leukocytes	Negative	Negative	ปกติ
WBC	3-5	0-6	ปกติ
RBC (Normal)	0-1	0-2	ปกติ
Squamous	1-2	0-2	ปกติ
Albumin	Negative	Negative	ปกติ
Sugar	4+	Negative	สูงกว่าปกติ
Blood	Negative	Negative	ปกติ
Ketone	Negative	Negative	ปกติ
Nitrite	Negative	Negative	ปกติ
Urobilinoren	Negative	Negative	ปกติ
Billrubin	Negative	Negative	ปกติ

ตารางที่ 10 ผลการตรวจปัสสาวะ (Urine Analysis :UA) วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 10.05 น.

Volume	10 mL		
Color	Yellow	Yellow, Color	ปกติ
Turbidity	Clear	Clear	ปกติ
Sp.gr	1.007	1.003-1.030	ปกติ
pH	5.0	4.5-8.0	ปกติ
Albumin	Negative	Negative	ปกติ
Sugar	4+	Negative	สูงกว่าปกติ
Blood	Negative	Negative	ปกติ
Ketone	Negative	Negative	ปกติ
Nitrite	Negative	Negative	ปกติ
Urobilinoren	Negative	Negative	ปกติ
Billrubin	Negative	Negative	ปกติ
Leukocytes	Negative	Negative	ปกติ
WBC	3-5	0-6	ปกติ
RBC (Normal)	0-1	0-2	ปกติ
Squamous	0-1	0-2	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**4.1 สรุปสาระ (ต่อ)****ผลการตรวจทางรังสี**

วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 22.44 น.ผลเอกซเรย์ปอด ไม่มี infiltration

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 15.30 น.ผลอัลตราซาวด์ระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่พบการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ

การวินิจฉัยของแพทย์

Acute kidney injury with simple hyperglycemia .

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 23.50 น.

แรกวันที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง หายใจ Room air ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/64 มิลลิเมตรปรอท มีอาการอ่อนเพลีย ผลระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว แรกรับ 245 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาการทั่วไปปกติ ไม่มีอาการใจสั่น กระหายน้ำ ดูแลให้ยา Humulin R 10 ยูนิต ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนขวา ตามแผนการรักษาของแพทย์ แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารเบาหวานเค็มน้อยได้ตามปกติ ประเมินอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับยาฉีดลดน้ำตาลในเลือดได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึม ไม่รู้สึกตัว หลังได้ยผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติดังกล่าว และบันทึกสัญญาณชีพ ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน พบค่าครีเอตินินสูง 8.48 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาทีต่ำ 5.85 มิลลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยมีภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย พบค่าโซเดียมต่ำได้ 125 มิลลิโมล/ลิตร ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % NaCl 1,000 มิลลิตร ในอัตราหยด 100 มิลลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า หมดแรง สับสนมึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง หรือกระตุก ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า หมดแรง สับสนมึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง หรือกระตุก และเฝ้าระวังตำแหน่งที่ให้สารน้ำ ป้องกันการรั่วออกนอกหลอดเลือด บริเวณที่ให้สารน้ำไม่มีการอักเสบ บวม แดง แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำในเหยือกน้ำที่เตรียมไว้ให้ และตวงปัสสาวะใส่ขวดทุกครั้งที่ปัสสาวะเพื่อประเมินปริมาณน้ำเข้าและออกได้อย่างถูกต้อง ไม่มีบวมตามร่างกาย ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ให้การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในการเข้าเยี่ยม เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/64 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 3,000 มิลลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 1,500 มิลลิตร นอนหลับพักผ่อนได้

วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจ Room air ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/76 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย 5-6 คำ ดูแลให้นอนหลับพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังปลัดตกหกล้ม ยกравกันเตียงขึ้นทุกครั้งหลังการให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดปลัดตกหกล้ม ค่าครีเอตินินสูง 9.25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาทีต่ำ 5.27 มิลลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ค่าโซเดียมต่ำได้ 129 มิลลิโมล/ลิตร ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % NaCl 1,000 มิลลิตร ในอัตราหยด 100 มิลลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า หมดแรง สับสนมึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง หรือกระตุก ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า หมดแรง สับสนมึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง หรือกระตุกหลังได้สารน้ำผู้ป่วยไม่มี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2566 (ต่อ)

อาการผิดปกติดังกล่าว และเฝ้าระวังตำแหน่งที่ให้สารน้ำ ป้องกันการรั่วออกนอกหลอดเลือดบริเวณที่ให้สารน้ำไม่มีการอักเสบ บวม แดง ร้อน ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ก่อนอาหาร 4 ครั้ง ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า 400 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดูแลให้ยา Humulin R 10 ยูนิต ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนซ้าย ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารเที่ยง 427 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดูแลให้ยา Humulin R 10 ยูนิต ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนขวา ระดับน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเย็นเริ่มลดลง 350 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดูแลให้ยา Humulin R 10 ยูนิต ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนซ้ายผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึม ไม่รู้สึกตัว จากน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้ Humulin R ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนนอน 320 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดูแลให้ยา Humulin R 8 ยูนิต ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนซ้าย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึม ไม่รู้สึกตัว จากน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้ Humulin R ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 78 - 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/65 - 146/75 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 86-98 ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 3,368 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 1,000 มิลลิลิตร หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีบวมตามร่างกาย นอนราบได้

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจ Room air ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/79 มิลลิเมตรปรอท ค่าครีเอตินินสูง 9.20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาทีต่ำ 5.3 มิลลิลิตร/นาที/1.73ตารางเมตร ค่าโซเดียมต่ำได้ 132 มิลลิโมล/ลิตร ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % NaCl 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยด 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามภาวะน้ำเกิน หลังได้สารน้ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ หายใจเร็ว ตื่น เหนื่อยหอบ ชีพจรเร็วความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง หลังได้สารน้ำผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติดังกล่าว บริเวณที่ให้สารน้ำไม่มีการอักเสบ บวม แดง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ก่อนอาหาร 2 ครั้ง ระดับ ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า 264 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดูแลให้ยา Humulin 70/30 20 ยูนิต ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนขวา ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังได้ยาติดตามอาการน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึม ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึม ไม่รู้สึกตัว ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารเย็น 429 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยมีอาการกระหายน้ำ เปื่ออาหารดูแลให้ยา Humulin 70/30 10 ยูนิต ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนขวา และดูแลให้ Humulin R 10 ยูนิต ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนซ้าย ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับยาฉีดลดน้ำตาลในเลือดได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึมไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติดังกล่าว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2566 (ต่อ)

ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 - 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 74 - 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/78 - 145/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 92 - 100 สารน้ำเข้าร่างกาย 4,022 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 2,800 มิลลิลิตร ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารเบาหวานได้เพิ่มมากขึ้น 1 ช่อใหญ่ของถาดอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ และมีรับประทานขนมที่ญาติซื้อมาฝากเพิ่ม

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจ Room air สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ชีพจร 72 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/75 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า 237 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไม่มีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย หายใจหอบ ดูแลให้ยา Humulin 70/30 20 ยูนิต ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขนขวา 30 นาทีก่อนอาหารเช้า แพทย์พิจารณาเพิ่มยา glipizide 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า 1 เม็ดก่อนอาหารเย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังได้ยาติดตามอาการน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึม ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึม ไม่รู้สึกตัว ค่าครีเอตินินสูง 9.20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาทีต่ำ 5.3 มิลลิลิตร/นาที/1.73ตารางเมตร ค่าโซเดียมต่ำได้ 132 มิลลิโมล/ลิตร ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % NaCl 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยด 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามภาวะน้ำเกินหลังได้สารน้ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ หายใจเร็วตื่น เหนื่อยหอบ ชีพจรเร็วความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง หลังได้สารน้ำผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติดังกล่าว บริเวณที่ให้สารน้ำไม่มีการอักเสบ บวม แดง และติดตามอาการภาวะโซเดียมต่ำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า หมดแรง สับสนมึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง หรือกระตุก ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า หมดแรง สับสนมึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง หรือกระตุก และติดตามค่าการทำงานของไตพรั้งนี้เข้า ส่งผู้ป่วยตรวจอัลตราซาวด์ระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่พบการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ก่อนอาหาร 2 ครั้ง ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารเย็นได้ 291 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยไม่มีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย หายใจหอบเหนื่อย ดูแลให้ยา Humulin 70/30 10 ยูนิต ใต้ชั้นผิวหนังบริเวณต้นแขนซ้าย 30 นาทีก่อนอาหารเย็น ดูแลให้ glipizide 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหารเย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับยาฉีดลดน้ำตาลในเลือดได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึมไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติดังกล่าว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 - 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 70 - 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/75 - 132/83 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 89 - 99 มิลลิเมตรปรอท สารน้ำเข้าร่างกาย 3,262 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 3,300 มิลลิลิตร ปัสสาวะออกดีไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบได้ ไม่มีบวมตามร่างกาย รับประทานอาหารได้หมดถาด นอนหลับพักผ่อนได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจ Room air ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 72 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/60 มิลลิเมตรปรอท ติดตามค่าครีเอตินินสูง 5.92 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาทีต่ำ 9.03 มิลลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.45% NaCl 1,000 มิลลิตร ในอัตราหยด 80 มิลลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามภาวะน้ำเกินหลังได้สารน้ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ หายใจเร็ว ตื่น เหนื่อยหอบ ชีพจรเร็วความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง หลังได้สารน้ำผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติดังกล่าว บริเวณที่ให้สารน้ำไม่มีการอักเสบ บวม แดง ติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ววันละ 2 ครั้งก่อนอาหารเช้า และก่อนอาหารเย็น ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 110 - 135 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สอนผู้ป่วยและญาติฉีดยา Humulin 70/30 20 ยูนิตก่อนอาหารเช้า 30 นาที และฉีดยา Humulin 70/30 10 ยูนิตก่อนอาหารเย็น 30 นาที ญาติและผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งที่สอนสามารถฉีดยาได้อย่างถูกต้องแต่ยังไม่ค่อยมั่นใจจึงพูดคุยให้กำลังใจและประเมินการฉีดยาอีกครั้งพรุ่งนี้เช้า ไม่มีอาการของน้ำตาลในเลือดต่ำเช่น ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึมไม่รู้สึกรู้ตัว และไม่มีอาการของน้ำตาลในเลือดสูง ไม่มีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย หายใจหอบ ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 - 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 74 - 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/60 - 131/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 78 - 90 สารน้ำเข้าร่างกาย 3,020 มิลลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 2,300 มิลลิตร หายใจไม่เหนื่อยหอบ นอนราบได้ ไม่มีบวมตามร่างกาย รับประทานอาหารธรรมดาเบาหวานได้หมดขาด นอนหลับพักผ่อนได้

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง หายใจ Room air ไม่มีเหนื่อยหอบ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.45% NaCl 1,000 มิลลิตร ในอัตราหยด 80 มิลลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ตำแหน่งที่ให้สารน้ำไม่บวมแดง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหาร 2 ครั้ง ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 123 - 151 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดูแลให้ผู้ป่วยฉีดยา Humulin 70/30 20 ยูนิตก่อนอาหารเช้า 30 นาที และ Humulin 70/30 10 ยูนิต ก่อนอาหารเย็น 30 นาที ฉีดเข้าใต้ชั้นผิวหนังบริเวณหน้าท้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินการฉีดยาเองของผู้ป่วยสามารถทำได้ถูกต้องมีความมั่นใจมากขึ้น ประเมินอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับยาฉีดลดน้ำตาลในเลือดได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซึมไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติดังกล่าว ผู้ป่วยไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็นใจสั่น นอนหลับพักผ่อนได้ สีสหน้าสดชื่นขึ้น แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยแจ้งจำหน่ายในวันพรุ่งนี้ ได้วางแผนจำหน่ายซึ่งผู้ป่วยจากการประเมินยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ได้ทบทวนและแนะนำขั้นตอนในการฉีดยาอินซูลินให้แก่ผู้ป่วยและลูกสาวซึ่งเป็นผู้ดูแล แนะนำการเก็บรักษา ยาฉีดเบาหวานในตู้เย็นในช่องปกติ ไม่เก็บยาที่ประตูตู้เย็น เก็บไว้ได้ 1 เดือนหลังจากเปิดใช้ อธิบายปริมาณอินซูลินให้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 (ต่อ)

กลับไปฉีดต่อบ้านเป็น Humulin 70/30 20 ยูนิต ก่อนอาหารเช้า 30 นาที และยา Humulin 70/30 10 ยูนิต ก่อนอาหารเย็น 30 นาที ให้ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง หรือหน้าขา อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่นมีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น เรียกไม่รู้สีกตัว ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น มีอาการกระหายน้ำอ่อนเพลียคลื่นไส้ หมดสติ แนะนำรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง แนะนำการออกกำลังกายและรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน แนะนำรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยา ชาดยา หรือปรบยาเอง หากเดือนทางหรือออกจากบ้านให้พกยาติดตัวไปด้วยทุกครั้ง แนะนำการดูแลตัวเองเกี่ยวกับโรคไตวายเฉียบพลัน แนะนำลดอาหารรสเค็ม ไม่ซื้อยาทานเอง งดยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพร ดื่มน้ำวันละ 6 - 8 แก้วต่อวัน สังเกตปริมาณปัสสาวะลดน้อยลง ตัวบวม เหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ให้มาพบแพทย์ก่อนนัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำไม่มีข้อซักถามเพิ่มเติม ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 - 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 76 - 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/68 - 137/71 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 89 - 93 มิลลิเมตรปรอท สารน้ำเข้าร่างกาย 3,116 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 3,200 มิลลิลิตร ปัสสาวะออกดีไม่มีหายในเหนื่อยหอบ นอนราบได้ ไม่มีบวมตามตัว รับประทานอาหารธรรมดาเบาหวานได้หมดถาด นอนหลับพักผ่อนได้

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง หายใจ Room air ไม่มีเหนื่อยหอบ On heparin lock ที่แขนซ้าย ไม่มีการอักเสบ บวม แดง สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/69 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ค่าการทำงานของไตเช้านี้ค่าครีเอตินินลดลง 3.35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น 17.98 มิลลิลิตร/นาที/1.73ตารางเมตร สารน้ำเข้าร่างกาย 1,300 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 1,450 มิลลิลิตร ปัสสาวะออกดีไม่มีหายในเหนื่อยหอบ นอนราบได้ ไม่มีบวมตามตัว ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ก่อนอาหาร 2 ครั้ง ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารเช้าได้ 111 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์มีแผนการรักษาให้ ยา Mixtard 70/30 20 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ชั้นผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ก่อนอาหารเช้า และดูแลให้ยา glipizide 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า ผู้ป่วยไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น ใจสั่น ซึม สับสน ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 - 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 74 - 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/78 - 132/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 90 - 94 มิลลิเมตรปรอท นอนหลับพักผ่อนได้ รับประทานอาหารธรรมดาเบาหวานได้หมดถาด สีหน้าสดชื่นขึ้น แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ทบทวนและแนะนำการดูแลตัวเองเกี่ยวกับโรคไตวายเฉียบพลัน แนะนำลดอาหารรสเค็ม ไม่ซื้อยาทานเอง งดยาต้มยาหม้อ ยาสมุนไพร แนะนำทานยาสม่ำเสมอไม่ขาดยา ดื่มน้ำวันละ 6 - 8 แก้วต่อวัน สังเกตปริมาณปัสสาวะลดน้อยลง ตัวบวม เหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ให้มาพบแพทย์ ทบทวนและแนะนำขั้นตอนในการฉีดอินซูลินให้แก่ผู้ป่วยและญาติ และการเก็บรักษายาในตู้เย็นแช่ช่องปกติ ไม่แช่ยาที่ประตูตู้เย็น ยาจะมีอายุการใช้งาน 1 เดือนหลังเปิด ปริมาณยาฉีดอินซูลิน ยา Humulin 70/30 20 ยูนิต ก่อนอาหารเช้าและ ยา Humulin 70/30 10 ยูนิต

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 (ต่อ)

ก่อนอาหารเย็น ผิดเข้าชั้นใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้องหรือหน้าขา ให้ผู้ป่วยกลับไปฉีดที่บ้านอธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่นมีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น เรียกไม่รู้สีกตัว ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่นมีอาการกระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ หดสติ แนะนำรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง แนะนำการออกกำลังกายและรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 ไม่นัดตรวจที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว และให้ไปตรวจตามนัดเดิมที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 9 มีนาคม 2566 ที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไป เตรียมเอกสารประวัติการรักษา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผู้ป่วยไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลเดิม รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วันแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนจำหน่ายส่งข้อมูล Thai COC เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน และผลการรักษาต่อไป รวมวันที่รับไว้ดูแลทั้งหมด 7 วัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะของเสียคั่ง เนื่องจากมีภาวะไตวายเฉียบพลัน
2. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะไตวายเฉียบพลัน
3. มีภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย
4. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
5. เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า เนื่องจากสูญเสียการรับความรู้สึกของเส้นประสาทส่วนปลาย บริเวณเท้าทั้งสองข้าง
6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง
7. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย 67 ปี 7 วันก่อนมาขาดยาเบาหวานและยาความดัน 3 วันก่อนมามีอาการเหนื่อย อ่อนเพลียเบื่ออาหาร ทานอาหารได้น้อยจึงไปที่โรงพยาบาลเขาฉกรรจ์แรกรับที่อุบัติเหตุและฉุกเฉินผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ Room air ไม่เหนื่อยหอบ มีอาการอ่อนเพลีย ระดับน้ำตาลในเลือด 563 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Load สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NaCl 1,000 มิลลิลิตร ต่อด้วย 0.9%NaCl 150 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และให้ Humulin R 10 ยูนิท ผสมใน 0.9%NaCl 99 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ 10 มิลลิลิตรทันที ต่อด้วยอัตรา 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 339 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่พบคีโตนในปัสสาวะ ค่าการทำงานของไต ครีเอตินินสูง 8.48 มิลลิกรัม/เดซิลิตร eGFR 5.85 หยุดให้ Humulin R ทางหลอดเลือดดำ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา(ต่อ)

และลดสารน้ำ 0.9%NaCl 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมงและพิจารณาส่งรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วด้วยภาวะไตวายเฉียบพลันและระดับน้ำตาลในเลือดสูง แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง หายใจ Room air ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/64 มิลลิเมตรปรอท มีอาการอ่อนเพลีย ผลระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วแรกรับ 245 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่มีอาการใจสั่น กระหายน้ำ ดูแลให้ยา Humulin R 10 ยูนิต และให้เจาะน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารวันละ 4 ครั้งมี Humulin R ให้ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง เข้าวันที่4ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วเริ่มลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า 237 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Humulin70/30 20 ยูนิต ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง แพทย์พิจารณาเพิ่มยา glipizide 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารเย็นได้ 291 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ยา Humulin 70/30 10 ยูนิต ใต้ชั้นผิวหนัง และ glipizide 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหารเย็นวันที่5ระดับน้ำตาลปลายนิ้วเข้าสู่ปกติ 110 – 135 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สอนผู้ป่วยและญาติฉีดยา Humulin 70/30 20 ยูนิตก่อนอาหารเช้า และฉีดยา Humulin 70/30 10 ยูนิตก่อนอาหารเย็น 30 นาที เข้าทางใต้ชั้นผิวหนัง ผู้ป่วยและญาติสามารถทำได้ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน พบค่าครีเอตินินสูง 8.48 มิลลิกรัม/เดซิลิตร eGFR 5.85 ผู้ป่วยมีภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย พบค่าโซเดียมต่ำได้ 125 มิลลิโมล/ลิตร ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % Nacl 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยุด 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/64 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 3,000 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 1,500 มิลลิลิตรไม่มีบวมตามร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อย 5-6 คำ ค่าครีเอตินินสูง 9.25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร eGFR 5.27 ค่าโซเดียมเพิ่มขึ้นเป็น 129 มิลลิโมล/ลิตร ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % Nacl 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยุด 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง วันที่5 ค่าครีเอตินินสูง 5.92 มิลลิกรัม/เดซิลิตร eGFRเพิ่มขึ้นเป็น 9.03 ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ0.45% Nacl 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยุด 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ไม่มีบวมตามร่างกาย 16 กุมภาพันธ์ 2566 ค่าการทำงานของไตดีขึ้น ค่าครีเอตินินลดลง 3.35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร eGFRเพิ่มขึ้น 17.98 สารน้ำเข้าร่างกาย 1,300 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 1,450 มิลลิลิตร ไม่มีบวมตามร่างกาย ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 – 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 –20 ครั้ง/นาที ชีพจร 74 - 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/78 – 132/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 90 – 94 มิลลิเมตรปรอท นอนหลับพักผ่อนได้ รับประทานอาหารธรรมดาเบาหวาน ได้หมดถาด สีหน้าสดชื่นขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านให้ไปตรวจตามนัดเดิมที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 9 มีนาคม 2566 ที่ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วันแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนจำหน่ายส่งข้อมูล Thai COC เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน และผลการรักษาต่อไป รวมวันที่รับไว้ดูแลทั้งหมด 7 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

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

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและมีโรคร่วมได้รับความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและมีโรคร่วม จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 23.29 น. ถึงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.00 น.รวมระยะเวลาที่ดูแล 7 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันและโรคร่วม
2. ผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันและโรคร่วม ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลโรคไตวายเฉียบพลันและโรคร่วม
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันและโรคร่วมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยขาดยาเบาหวานและความดันโลหิตเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยและญาติมองว่าไม่ได้เป็นปัญหาใหญ่ รวมทั้งไม่ได้มีการคุมอาหาร รับประทานอาหารทั่วไป BMI 26.77 อยู่ในเกณฑ์อ้วน และโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องดูแลสุขภาพและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการเสียน้ำที่ของไต ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบเลือด ภาวะแทรกซ้อนของตาและการเสื่อมของปลายประสาท ผู้ป่วยและญาติต้องตระหนักถึงความสำคัญของการทานยาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งเน้นย้ำเกี่ยวกับการทานยาอย่างต่อเนื่อง การฉีดยาเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ การเตรียมยาก่อนเดินทาง หรือหากลืมควรทำเช่นไร และการมาตรวจตามนัด การดูแลผู้ป่วยรายนี้ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ในกรณีออกจากโรงพยาบาลต้องประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขให้ติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องไตวายเฉียบพลัน
2. ผู้ป่วยไม่คุมอาหารจึงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้
3. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองจึงทำให้ขาดยาเบาหวานและยาความดัน เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังมานาน

9. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันยังขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องการดูแลตนเอง การควบคุมอาหารที่ช่วยฟื้นฟูไต ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองและควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลและการควบคุมอาหารของตัวผู้ป่วยเองสำคัญที่สุด ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองและควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
2. การดูแลผู้ป่วยควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล การพูดคุยให้กำลังใจ การควบคุมอาหารลดเค็ม การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การควบคุมระดับน้ำตาลเนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อการควบคุมโรคที่เหมาะสมได้

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวอรกัญญา สมศรี สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... อรกัญญา สมศรี

(นางสาวอรกัญญา สมศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... 10 / ตุลาคม / 25 61


ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวอรกัญญา สมศรี	อรกัญญา สมศรี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางเพ็ญแข แกมจินดา)

ตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม

(วันที่) 12 / 12 / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 18 ต.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 28 พ.ย. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....  ศพ. วิสจ.

(นายธราพงษ์ กัปโก)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ตำแหน่ง.....

(วันที่) 30 พ.ย. 2566

แบบการเสนอข้อเสนอแนวทางการพัฒนางานหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง ป้ายช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ

2.หลักการและเหตุผล

การใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือหยุดหายใจส่วนใหญ่เกิดจากภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) เป็นภาวะซึ่งระบบหายใจทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนกับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้มีระดับออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (Hypoxia) หรือมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดมาก (Hypercapnia) เป็นภาวะที่เป็นผลมาจากการ เป็นโรคต่างๆ มีทั้งชนิดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วย ต้องอยู่ในภาวะวิกฤต มีปัญหาที่ต้องได้รับดูแล อย่างใกล้ชิด มีความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้(บุษบา อัครวนสกุล, เครือวัลย์ แวงวรรณ, และนงเยาว์ มลลลลลลลลลล, 2563) รวมทั้งมีความเสี่ยงด้านความปลอดภัย และความเสี่ยงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งรวมถึง ความเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และการดูแลความสะอาด ความรู้สึกอึดอัดไม่สบาย เป็นผลให้ ผู้ป่วยเกิดภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย (Agitation) หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ร่างกายจึงขาดออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ผลกระทบ ที่ตามมาคือการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adversed event) ขึ้น ที่สำคัญคือการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเป็น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นบ่อยในหอผู้ป่วย จากซึ่งผลกระทบจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล่องเสียง และสายเสียง การบาดเจ็บบริเวณหลอดลม และเกิดความผิดปกติของระบบการไหลเวียนโลหิต เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และพบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ มีผลทำให้ เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะล้มเหลวของระบบหายใจ หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นได้ รวมถึงเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อปอด อักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น (บังอร นาคฤทธิ, อำภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย รักดีวงศ์, 2558)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 128 ราย, 233 ราย และ 237 รายตามลำดับ พบว่ามีการเลื่อนตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ 20 ครั้ง, 32 ครั้ง และ 30 ครั้งตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ซึ่งในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมมีการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการเลื่อนตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ โดยการเปลี่ยนพลาสติกยึดท่อช่วยหายใจทุกวัน เวิร์ดการผูกยึดผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือวุ่นวาย การตรวจสอบcuff leak test ทุกวันทุกเวรหลังรับเวรเสร็จ ในระหว่างวันที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย ทั้งการพลิกตะแคงตัว เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า มีโอกาสทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนจากตำแหน่งได้จึงมีการตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจหลังทำกิจกรรมกับผู้ป่วย แต่ยังไม่พบว่ามี การเลื่อนตำแหน่งของท่อช่วยหายใจเนื่องจากในระหว่างวันพยาบาลเจ้าของไข้ใช้การจดจำตำแหน่งของท่อช่วยหายใจในแต่ละเตียง ซึ่งทำให้เกิดคลาดเคลื่อนหรือหลงลืมได้ เนื่องจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมเป็นหอผู้ป่วยสามัญอัตราการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจคือพยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 4 ราย

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำ ป้ายช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำมากขึ้นเพื่อลดความ

คลาดเคลื่อนในการตรวจสอบการเลื่อนตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และแก้ไขก่อนเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมติดแผ่นป้ายไว้ที่หัวเตียงของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจตั้งแต่แรกรับเพื่อให้พยาบาลเวรต่อๆ ไปตรวจเช็คตำแหน่งท่อช่วยหายใจระหว่างวันได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วมากขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวความคิดข้อเสนอ

การใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือหยุดหายใจส่วนใหญ่เกิดจากภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) เป็นภาวะซึ่งระบบหายใจทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนกับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้มีระดับออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (Hypoxia) หรือมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดมาก (Hypercapnia) เป็นภาวะที่เป็นผลมาจากการ เป็นโรคต่างๆ มีทั้งชนิดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วย ต้องอยู่ในภาวะวิกฤต มีปัญหาที่ต้องได้รับดูแล อย่างใกล้ชิด มีความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (บุษบา อัครนสกุล, เครือวัลย์ แวงวรรณ, และนงเยาว์ มลคลอิทธิเวช, 2563) รวมทั้งมีความเสี่ยงด้านความปลอดภัย และความเสี่ยงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งรวมถึง ความเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และการดูดเสมหะ ความรู้สึกอึดอัดไม่สบาย เป็นผลให้ ผู้ป่วยเกิดภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย (Agitation) หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ร่างกายจึงขาดออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ผลกระทบ ที่ตามมาคือเกิดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adversed event) ขึ้น ที่สำคัญคือการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเป็น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นบ่อยในหอผู้ป่วย จากซึ่งผลกระทบจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล่องเสียง และสายเสียง การบาดเจ็บบริเวณหลอดลม และเกิดความผิดปกติของระบบการไหลเวียนโลหิต เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และพบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ มีผลทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะล้มเหลวของระบบหายใจ หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นได้ รวมถึงเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อปอด อักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น (บังอร นาคฤทธิ, อำภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภัคติวงศ์, 2558)

ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม จากการค้นหาสาเหตุของการเลื่อนตำแหน่งของท่อช่วยหายใจพบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเกิดความไม่สบาย วุ่นวาย ดิ้นไปมา มีความคลาดเคลื่อนในการตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจคือพยาบาลเจ้าของไข้จดจำตำแหน่งของท่อช่วยหายใจในแต่ละเตียงไม่ได้ และไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจที่อยู่ในบริเวณเตียงผู้ป่วยที่สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการตรวจสอบการเลื่อนตำแหน่งของท่อช่วยหายใจโดยมีอุปกรณ์ที่เหมาะสมสามารถช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดของ 2P Safety หนึ่งในนั้นคือ Patient Safety Goals คือเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีหัวข้อของ Line, Tube, and Catheter & Laboratory (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน), 2561) การลดอุบัติการณ์ของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น จึงค้นคว้าข้อมูลนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดทำป้ายช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ หลังจากนั้นจึงนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายต่อไป

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำป้ายช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจขึ้น โดยการจัดทำเป็นแผ่นพีวีเจอร็อบอร์ดพร้อมสายคล้อง ตัดตัวเลขของขนาดท่อช่วยหายใจ และตัวเลขความลึกของท่อช่วยหายใจเคลือบด้วยแผ่นพลาสติกเพื่อให้มองเห็นชัดเจนและง่ายต่อการทำความสะอาด โดยมุ่งหวังว่าการนำป้ายไปใช้กับผู้ป่วยจะลดการเลื่อนตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติ และบุคลากรทางการแพทย์บาลที่ได้ใช้ป้ายนี้มีความพึงพอใจ สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอุบัติการณ์การเลื่อนตำแหน่งของท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมมีการนำป้ายช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ มาใช้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย
3. เพื่อให้หอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมมีป้ายช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน มกราคม 2567 – มีนาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม
2. พยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ อินเทอร์เน็ต เรื่องผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและการเลื่อนตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ
2. ปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำป้ายช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย
 - 3.1. แผ่นป้ายที่สามารถแขวนได้ขนาด 10*15 เซนติเมตร
 - 3.2. ตัวเลขสำหรับขนาดของท่อช่วยหายใจ
 - 3.3. ตัวเลขสำหรับความลึกของท่อช่วยหายใจหน่วยเป็น เซนติเมตร
4. จัดแผ่นป้ายช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ พร้อมนำเสนอผู้บังคับบัญชาเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
5. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการแพทย์บาลให้รับรู้และเข้าใจ เพื่อนำป้ายช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ไปใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
6. นำไปใช้ในหน่วยงาน
7. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีความพึงพอใจจากการใช้งานป้ายช่วยบอกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อุบัติการณ์การเลื่อนตำแหน่งของทอช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม จำนวน 0 ครั้ง
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมมีการใช้งานป้ายช่วยบอกตำแหน่งของทอช่วยหายใจกับผู้ป่วยใส่ทอช่วยหายใจทุกราย ร้อยละ 100

(ลงชื่อ อรกัญญา สมศรี)

(นางสาวอรกัญญา สมศรี)

(วันที่) 10 / ตุลาคม / 2561

ผู้ขอประเมิน