

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในไตที่ได้รับการส่องกล้องเอานิ่วในไตออกผ่านทางผิวหนัง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 3 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 8 สิงหาคม 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 6 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

โรคนิ่วในไต เป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลก เนื่องจาก เป็นโรคที่มีโอกาสเป็นซ้ำได้มากกว่าร้อยละ 50 ภายใน 10 ปีหลัง (Pfau & Knauf, 2016 อ้างตาม นัทธมน วุฑธานนท์, 2560) และยังพบว่าผู้ที่เป็นนิ่วในไตซ้ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการนำสู่โรคไตเรื้อรังและโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพิ่มขึ้นเป็น 1.50 และ 2.37 เท่า ตามลำดับ (Shoag, Tasian, Goldarb, & Eisner, 2014 อ้างตาม นัทธมน วุฑธานนท์, 2560) และยังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในคนไทย จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการเกิดโรคนิ่วในไตและทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 99.25 ต่อประชากร 100 การมีนิ่วในไต ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง และอาจร้ายแรงจนถึงเกิดภาวะไตวายเรื้อรังและโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้เสียชีวิตได้ (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ, 2560) นิ่วในไต เป็นนิ่วทางเดินปัสสาวะที่พบบ่อย โดยมักมีเหตุจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งระดับแคลเซียมสูงในปัสสาวะ โรคอ้วน อาหารบางชนิด ยาบางชนิด การทานแคลเซียมเป็นอาหารเสริม ระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์เกินในเลือด โรคเกาต์ และดื่มน้ำไม่พอ (อินทรา ชนเก้าน้อย, 2566) นิ่วจะเกิดในไต โดยเป็นการจับรวมตัวกันของสารประกอบของเกลือแร่ที่สะสมในน้ำปัสสาวะเป็นก้อนผลึก มักเกิดขึ้นเมื่อ น้ำปัสสาวะมีความเข้มข้นของสารประกอบเกลือแร่กลุ่มก่อนิ่วอยู่ในระดับสูง ได้แก่ แคลเซียม ออกซาเลต ฟอสฟอรัส หรือครดยูริก และ/หรือ มีความเข้มข้นของสารประกอบเกลือแร่ กลุ่มที่ช่วยยับยั้งการก่อนิ่วในระดับต่ำ ได้แก่ ซิทเรท (Citrates) ตำแหน่งที่พบ คือ บริเวณกรวยไต (Renal Pelvis) รวมถึงรูของหลอดไตฝอย (Tubular Lumens) ซึ่งทำหน้าที่กรองและรองรับน้ำปัสสาวะก่อนส่งต่อไปสู่ท่อไต มักทำให้เกิดอาการปวดท้องรุนแรงและกระตั้นหนึ เป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล (Myran & Hornecker, 2016 อ้างตาม นัทธมน วุฑธานนท์, 2560) การวินิจฉัย ปกติจะอาศัยจากการตรวจปัสสาวะ และภาพถ่ายรังสี คนไข้ที่มีนิ่วสามารถป้องกันโดยการดื่มน้ำให้ผลิตปัสสาวะ โดยดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน ถ้ายังไม่พอ อาจทานยาไทอาไซด์ (Thiazide), ซิทเรท (Citrates), กรดไซตริกหรืออัลโลพิวรีนอล (Allopurinol) ควรเลี่ยงน้ำอัดลม ยาแก้ปวดเป็นยารักษาเบื้องต้น โดยใช้ยา เช่น ยาแก้ปวดชนิดไม่ใช้สเตอรอยด์ (NSAID) หรือ โอปิออยด์ นิ่วที่ใหญ่เพิ่มขึ้นอาจขับออกได้โดยการใช้ยา Tamsulosin หรืออาจต้องปฏิบัติการอื่น เช่น การใช้คลื่นเสียงนอกร่างกาย สลายนิ่ว การส่องกล้องท่อไต (Ureteroscopy) หรือการผ่าตัดผ่านผิวหนัง (อินทรา ชนเก้าน้อย, 2566)

สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ ปี 2564 – 2566 ที่เป็นผู้ป่วยโรคไต จำนวน 963 ราย, 955 ราย และ 1,107 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนิ่วในไตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่า ตั้งแต่ ปี 2564 – 2566 จำนวน 16 ราย, 21 ราย และ 58 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ซึ่งพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกๆปี และต้องทน

ทุกซ์ทรมาณกับอาการเจ็บปวด และต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้ง ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งผู้ป่วยและญาติ ผู้เสนอผลงานจึงได้เห็นถึงความสำคัญและจัดทำการศึกษา เกี่ยวกับโรคนิ่วในไต โดยกรทบทวนวรรณกรรม ศึกษาหาแนวทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยนิ่วในไต ที่ต้องได้รับการรักษา การผ่าตัดที่ถูกต้องและรวดเร็วตามแผนการรักษา และผู้ป่วยต้องม้องค์ความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และป้องกันการเกิดนิ่วในไตซ้ำเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน จึงได้จัดทำกรณีศึกษานี้ขึ้นเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โรคนิ่วในไต

ความหมายของโรค (พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนาศักดิ์ และสมพร กิจบุญกุล, 2560)

นิ่วในไต (Renal calculi : RC) หมายถึง ก้อนนิ่วที่เกิดในไต เกิดจากการตกตะกอนของ Calcium oxalate และ Calcium phosphate ในปัสสาวะ อาจเป็นก้อนหินแข็งก้อนเดียวหรือหลายก้อนอยู่ในกรวยไต หรือกลีบไต (Calyces) อาจอยู่ในกรวยไตหรือมีกิ่งก้านยื่นเข้าไปมากกว่า 1 เดลิซ เรียกว่า นิ่วเขากวาง หรือ Staghorn stone นิ่วในไตอาจมีทั้งนิ่วทึบแสงและไม่ทึบแสง (ไม่สามารถเห็นได้ด้วยภาพถ่ายรังสี) หินปูนที่อยู่ในเนื้อไตแต่ไม่ได้อยู่ในกรวยไตหรือเคลิซ เรียกว่า nephro-calcinosis

พยาธิสภาพ (พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนาศักดิ์ และสมพร กิจบุญกุล, 2560)

1. การอุดตัน (Obstruction) นิ่วที่อุดตันในทางเดินปัสสาวะในแต่ละตำแหน่ง จะทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้

นิ่วที่อุดตันที่ infundibulum ทำให้เกิด hydrocalicosis

นิ่วที่อุดตันที่ ureteropelvic junction (UPJ) ทำให้เกิด hydronephrosis

นิ่วที่อุดตันที่ท่อไต ทำให้เกิด hydrourter และ hydronephrosis

นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดอาการปัสสาวะสะดุด และ hypertrophy ของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ

นิ่วในท่อปัสสาวะ ทำให้เกิด hypertrophy ของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ หรือ diverticulum ของท่อปัสสาวะ

2. การติดเชื้อ (Infection) เมื่อนิ่วอุดตันในทางเดินปัสสาวะ ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ เนื่องจากมีการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะตามส่วนต่างๆ ในทางเดินปัสสาวะ และภาวะ hydronephrosis ทำให้เนื้อไตถูกเบียด ความหนาของเนื้อไตบางลง และพบ polymorphs และ round cells จำนวนมาก ลักษณะของ glomeruli จะมีการอักเสบทั่วไป การติดเชื้อเรื้อรัง อาจทำให้เยื่อบุทางเดินปัสสาวะ (transitional cells) เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้

สาเหตุ (พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนาศักดิ์ และสมพร กิจนุกูล, 2560)

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดนิ่วยังไม่ทราบแน่นอน แต่มีปัจจัยช่วยส่งเสริมทำให้เกิดได้หลายอย่าง ซึ่งมักเกิดจากหลายสาเหตุรวมกัน คือ

1. เชื้อชาติ ภูมิประเทศ ภูมิอากาศและฤดูกาล
2. พันธุกรรม
3. อายุ
4. เพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า
5. น้ำดื่ม ผู้ที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 2 ลิตรต่อวัน ทำให้เกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะสูงขึ้น
6. อาหาร ขาดสารออร์โทฟอสเฟต
7. อาชีพ
8. การคั่งค้างของน้ำปัสสาวะ
9. การติดเชื้อ

อาการและอาการแสดง (พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนาศักดิ์ และสมพร กิจนุกูล, 2560)

- อาการปวดจะปวดตื้อๆ บริเวณเอวหรือปวดร้าวคาบที่บริเวณไต หรือเป็นไข้ หรือมีปัสสาวะเป็นเลือด อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด
- บางคนอาจไม่มีอาการ แต่ตรวจพบนิ่วโดยบังเอิญ เมื่อทำการตรวจทางรังสีวิทยา เพื่อวินิจฉัยอาการอื่นๆ
- ถ้าเป็นนิ่วที่ไตทั้ง 2 ข้างนานๆ เนื้อไตถูกทำลาย การทำงานของไตบกพร่องจะทำให้มีอาการไตวายได้ ถ้าเป็นทั้ง 2 ข้างหรือไตอีกข้างหนึ่งไม่มีหรือเสียไปก่อนแล้ว จะเกิดการคั่งของของเสียต่างๆ ในเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการซึม นอนไม่หลับ ซีด ความดันโลหิตสูง กลืนลมหายใจคล้ายปัสสาวะ

การวินิจฉัย (พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนาศักดิ์ และสมพร กิจนุกูล, 2560)

- การตรวจร่างกาย (Physical Examination) : อาจคลำพบไตได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ hydronephrosis ถ้ามีการอักเสบเฉียบพลัน ไตที่คลำได้อาจตึงเจ็บ และเจ็บเมื่อเคาะที่บริเวณเอวหรือบริเวณซี่โครงสุดท้ายกับกระดูกสันหลังทางด้านหลัง (costovertebralangle) หรืออาจตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ

- แนวทางการสืบค้นและวินิจฉัยโรค

การตรวจปัสสาวะ : อาจตรวจพบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาว ถึงแม้ไม่มีการติดเชื้อ บางรายอาจตรวจปัสสาวะไม่พบความผิดปกติ

- การตรวจทางรังสี (Radiologic Investigation) : Intravenous pyelography (IVP), Ultrasonography (US) + Plain KUB, Retrograed pyelography (RP) ; ในกรณีที่ทำ IVP ไม่ได้หรือเห็นนิ่วไม่ชัด หรือนิ่วไม่ที่บรังสี หรือไม่เห็นท่อไต

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นนิ่วที่ไตใช้วิธี Ultrasonography

การรักษา (พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนาศักดิ์ และสมพร กิจนุกูล, 2560)

1. การรักษาแบบสังเกตอาการ (Expectant treatment)

ข้อบ่งชี้ นิ้วมีขนาดเล็ก มีขนาดเล็กกว่า 5 มม. และไม่มีอาการ การรักษาให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้มาก อย่างน้อย 3,000 ซีซี ต่อวัน เพื่อให้มีน้ำปัสสาวะจำนวนมากพอที่จะพัดพาให้นิวหลุดลงมาเป็นนิวในท่อไต

2. การผ่าตัด

2.1 Pyelolithotomy และ Extended pyelolithotomy คือ การผ่าตัดเปิดเข้าไปเอานิวออกทางกรวยไต ถ้าผ่าเข้าไปถึงระหว่างเนื้อไตกับกรวยไต และเข้าไปถึง infundibulum เรียกว่า extended pyelolithotomy

2.2 Nephrolithotomy

การผ่าตัด มี 2 วิธี คือ

2.2.1 Bivalve nephrolithotomy คือ ผ่าและแหวกเนื้อไตในแนวยาวตรงกับ lateral border ที่ไต

2.2.2 Anatomic nephrolithotomy (ANL) คือ ผ่าและแหวกเนื้อไตในแนว Brodel's line เพื่อหลีกเลี่ยงการตัดเส้นเลือด

2.3 Pyelolithotomy ร่วมกับ Radial Nephrolithotomy คือ ผ่าตัดเปิดเข้าไปเอานิวออกทางกรวยไต

2.4 Nephrectomy เป็นการตัดไตทั้งไตออก

2.5 Partial Nephrectomy เป็นการตัดไตออกบางส่วน

3. ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) เป็นวิธีการรักษานิวโดยไม่ต้องผ่าตัดโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง

4. Endourology :

4.1 PCNL (Percutaneous Nephrolithotomy)

เป็น minimally invasive therapy มีแผลขนาดเล็ก ประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร

การรักษา คือ การส่องกล้องผ่านทางท่อ nephrostomy ที่เจาะผ่านผิวหนังทางด้านหลังเข้าไปยังกรวยไต และใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น Ultrasonic lithotripsy, Ballistic lithotripsy (Lithoclast), EHL (Electrohydraulic lithotripsy), LASER lithotripsy, การคีบก้อนนิ่วออกด้วย forceps หรือคล้องนิ่วด้วย basket หลังจากทำให้ก้อนนิ่วแตก และนำออกมาทาง nephroscope

4.2 URS (ureterorenoscope) การสอดกล้องเข้าทางท่อปัสสาวะ ผ่านกระเพาะปัสสาวะเข้าไปถึงนิ่วและทำให้นิวแตก

4.3 การรักษาร่วมด้วย ESWL และ Endourology ทำ PCNL ให้นิวก้อนเล็กลงก่อน (debulking) แล้วตามด้วย ESWL แล้วอาจกลับมาทำ PCNL อีกครั้ง

4.4 Retrograde Intra Renal Surgery (RIRS)

5. การทำให้นิวแตก หรือคิบนิวออก ทำได้ ดังนี้

5.1 Ultrasoniclithotripsy

5.2 Ballisticlithotripsy (Lithoclast)

5.3 EHL (Electrohydraulic lithotripsy)

5.4 LASER lithotripsy

5.5 การคีบก้อนนิ่วออกด้วย forceps หรือ คล้องนิ่วด้วย basket ชนิดต่างๆ ใช้เมื่อนิวก้อนเล็กหรือเป็นเศษนิ่วที่ทำให้แตกแล้ว

6. การรักษาเสริมและการรักษาอื่นๆ

Chemolysis คือ การละลายก้อนนิ่วโดยใช้ยาหรือสารละลาย ใช้เป็นวิธีเบื้องต้นในการรักษา หรือ ใช้หลังผ่าตัด เมื่อยังมีเศษนิ่วค้างอยู่ มี 2 วิธี คือ

6.1 Systemic therapy

6.2 Local therapy

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในไตก่อนการส่องกล้องเอานิ่วในไตออกผ่านทางผิวหนัง (PCNL)

(โรงพยาบาลรามคำแหง, 2563)

1. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและเหตุผลที่ต้องเตรียมการส่องกล้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ตรวจสอบความพร้อมของผลเลือด ยาโรคประจำตัว การหยุดยาต้านเกร็ดเลือด และเตรียมอุปกรณ์เสริมที่ใช้การส่องกล้องให้เรียบร้อย
3. งดรับประทานอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนการส่องกล้อง เพื่อป้องกันปัญหาการสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลมและปอดระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก
4. แนะนำเตรียมความพร้อมของร่างกาย โดยการอาบน้ำ สระผม ล้างหน้าให้สะอาด งดการใช้เครื่องสำอางทุกชนิด ตัดเล็บให้สั้น ล้างมือและเท้าก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อช่วยให้แพทย์และพยาบาลสังเกตอาการผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดออกซิเจนในระหว่างการส่องกล้องและหลังส่องกล้อง
5. งดใส่ของมีค่าต่างๆ เครื่องประดับทุกชนิด เช่น แหวน สร้อยคอ สร้อยข้อมือ นาฬิกา ต่างหู แวนตา และฟันปลอม (ชนิดถอดออกได้) เพื่อป้องกันการหลุดของฟันปลอมเข้าไปอุดหลอดลมขณะส่องกล้อง
6. ถ่ายปัสสาวะ อูจจาระให้เรียบร้อยก่อนเข้าห้องส่องกล้อง
7. งดโกนขนบริเวณที่จะส่องกล้องด้วยตนเอง ฟอกทำความสะอาดบริเวณที่จะทำหัตถการ
8. วัดระดับสัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ ป้ายข้อมือ อุปกรณ์ของมีค่าติดตัวผู้ป่วยก่อนส่งไปห้องส่องกล้อง

การพยาบาลผู้ป่วยนิวไนไตหลังได้รับการส่องกล้องเอานิวไนไตออกผ่านทางผิวหนัง (PCNL)
(โรงพยาบาลรามคำแหง, 2563)

1. หลังการส่องกล้องผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในห้องพักฟื้นประมาณ 2 ชั่วโมง โดยมีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบหรือยาระงับความรู้สึกจึงย้ายกลับมาห้องพัก
2. หลังการส่องกล้องพยาบาลจะให้การดูแลในเรื่องความเจ็บปวด โดยจะถามระดับความเจ็บปวดจากผู้ป่วย เพื่อประเมินการให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ประเมินบริเวณที่จะทำการส่องกล้อง อาจจะมีสายระบายออกจากแผล เพื่อระบายเลือดและของเหลว ห้ามผู้ป่วยดึงสายระบายออกเอง และถ้าปวดแผลควรแจ้งพยาบาลเพื่อขอยาระงับปวด
4. กระตุ้นผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ อย่างถูกวิธี จะช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ซึ่งจะช่วยในการบรรเทาความปวด
5. การเคลื่อนไหวร่างกายและการลุกนั่งหลังส่องกล้อง ควรมีการเปลี่ยนท่าพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง และลุกนั่ง ลุกเดินได้ทันที เมื่ออาการดีขึ้น
6. หากแพทย์ให้อนุญาตให้รับประทานอาหารได้ ควรรับประทานอาหารที่ละน้อยๆ ก่อน แล้วสังเกตว่ามีอาการแน่น อืดอืดท้องหรือไม่ หากไม่มีอาการ วันถัดไปจึงสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ
7. รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง ไม่หยุดยาเอง
8. กรณีกลับบ้าน ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดนิวไนไตซ้ำ (พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนาศักดิ์ และสมพร กิจนุกูล, 2560)

- แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น อ่อนเพลีย มีไข้สูง ปวดหลัง ปวดเอง ปัสสาวะแสบขัด น้ำปัสสาวะสีขุ่นหรือแดง

- แนะนำดื่มน้ำสะอาดสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด
- แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มี Oxalate สูง ได้แก่ โกโก้ น้ำชา ผักโขม หน่อไม้
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแคลเซียมสูง รสเค็มจัด เช่น กุ้งแห้ง เนย นม
- แนะนำลดบริโภคเนื้อสัตว์ที่มีสาร Purin สูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ทุกชนิด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (วัชรภรณ์ สิมศิริวัฒน์, 2559)

1. ให้ผู้ป่วย Absolute bed rest งดกิจกรรมทุกชนิด งดการรบกวนให้นอนพัก
2. ให้ออกซิเจน โดยพิจารณาตามความเหมาะสม
3. ให้รับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการแพ้ยา ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หรือมีผื่นตามร่างกาย และผลข้างเคียงของยา เช่น อาการหน้ามืด ใจสั่น หมดสติ ระดับสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงทันที
4. เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา ได้แก่ Complete blood count, Blood Urea nitrogen, Creatinine, Urine analysis ส่งตรวจภาพรังสีทรวงอก
5. ประเมินสัญญาณชีพหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต ทุก 15 นาที อย่างน้อย 4 ครั้ง ตาม

แผนการรักษา ติดตามประเมินอาการและอาการแสดง

6. บันทึกและติดตามปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย (Intake/Output) ทุก 4 ชั่วโมง
7. ให้กำลังใจและให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความกังวล
8. ให้คำแนะนำผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลทันที เช่น อาเจียนพุ่ง เลือดกำเดาไหล

แขนขาอ่อนแรง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ใจสั่น

9. ประเมินผลการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สติ ประเมินระดับความวิตกกังวล

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ให้คำแนะนำการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ เมื่อจบการรักษา

กิจกรรมการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยภาวะโลหิตสูง

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ
2. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สติ การตรวจระบบประสาท ประเมินการรับประทานอาหารในแต่ละวัน กิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ และสภาวะแวดล้อม ที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพผู้ป่วย ด้วยการสัมภาษณ์และสังเกต ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงและภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันด้วยการสัมภาษณ์
3. ประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะให้ได้อย่างต่อเนื่อง
4. ให้คำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน โดยประเมินจากการสัมภาษณ์ก่อนให้ความรู้
5. แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลดเค็มหรือหวานจัด และลดไขมัน รับประทานอาหารรสจืดยิ่งดี
6. แนะนำการรับประทานยาลดความดันโลหิต ไม่หยุดยาเอง และการติดตามผลการรักษาตามนัด
7. แนะนำการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน เป็นต้น เริ่มแต่น้อยก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้น อย่าวออกกำลังกายที่ต้องมีการเบ่ง เช่น ยกน้ำหนัก วิดพื้น เป็นต้น
8. งดดื่มชา กาแฟ ของมันเมา เพราะจะกระตุ้นระบบประสาทให้ทำงานมากขึ้น และหลีกเลี่ยงภาวะเครียดต่างๆ ทำจิตใจให้สงบ และควรเลิกสูบบุหรี่ร่วมด้วย
9. ให้โอกาสซักถาม และตอบคำถามให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง ให้กำลังใจ และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
10. รวบรวมและบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลอย่างครอบคลุม เป็นระบบ สอดคล้อง และต่อเนื่อง ประเมินผลการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ และทบทวนข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ทบทวนการวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
11. ติดต่อและประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อคงไว้ซึ่งความร่วมมือสำหรับการดูแลผู้รับบริการจากทุกฝ่าย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี ภูมิลำเนา สระแก้ว มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไม่ขาดยา ผู้ป่วยโรค นิ่วในไต โดย 4 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการเจ็บบริเวณชายโครงขวา และเอวขวา มี อาเจียน 3 รอบ ไม่มีถ่ายเหลว ได้นอนโรงพยาบาลให้การรักษาดังแต่ 27 เมษายน 2566 - 2 พฤษภาคม 2566 ด้วยการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำและตรวจร่างกายเพิ่มเติม แพทย์วินิจฉัย เป็น นิ่วในไตข้างขวา (Right Renal calculi) จึงนัดมาทำการส่องกล้องเอานิ่วในไตออกผ่านทางผิวหนัง ในวันที่ 4 สิงหาคม 2566

แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ผู้ป่วยเดินมา มีลูกสาวมาส่ง ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีปวดท้อง ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำมูก วัดสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 139 เซนติเมตร ตรวจสอบเอกสาร ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับการตรวจก่อนนอนโรงพยาบาล ในวันที่ 6 กรกฎาคม 2566 ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Coagulation, UA, UC, ภาพตรวจรังสีทรวงอกและ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทำการเจาะเลือดเพื่อเตรียมเลือดในการส่องกล้อง 2 युนิต ผู้ป่วยและญาติมีความ กังวล จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการส่องกล้องเอานิ่วในไตออกผ่านทางผิวหนังและการปฏิบัติตัวก่อน - หลังการ ส่องกล้อง และให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นเอกสารยินยอมในการรักษาและการส่องกล้อง พุดคุยให้กำลังใจเปิด โอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ผู้ป่วยนอนพักเพื่อเตรียมความพร้อมในการส่องกล้อง ผลตรวจเพาะเชื้อ ปัสสาวะ (UC) มีการติดเชื้อ E.coli (Escherichia coli) ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะชนิด Ceftriazone 2 กรัม ทาง หลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่น คัน บวมตามร่างกาย ดูแลให้รับประทานอาหาร ปกติเค็มน้อยตามแผนการรักษา ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ และให้รับประทานยาโรคประจำตัว Doxazosin 2 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำ - งดอาหาร หลังเที่ยงคืน ให้สารน้ำชนิด 5%DN/2 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา และให้ผู้ป่วยพักผ่อน

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ วัดสัญญาณชีพก่อนส่งผู้ป่วยไป ห้องส่องกล้อง อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดัน โลหิต 120/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ได้รับสารน้ำชนิด 5%DN/2 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ไปห้องส่องกล้อง ตรวจสอบ ความเรียบร้อยของผู้ป่วย และนำสายสวนปัสสาวะ เบอร์ 16 2 ทางและถุงปัสสาวะไปห้องส่องกล้อง ผู้ป่วย ได้รับการส่องกล้องเอานิ่วในไตออกผ่านทางผิวหนังข้างขวา (Right Percutaneous Nephrolithotomy) โดย การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia) ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง เสียเลือด ระหว่างทำการผ่าตัด 50 มิลลิลิตร และนอนพักฟื้นที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยกลับจากการส่องกล้อง ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ได้รับสารน้ำชนิด 5%DN/2 1000 มิลลิลิตรทาง หลอด เลือดดำ อัตราหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วัดสัญญาณชีพ แรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 72

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ครั้งต่อมาที่อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/53 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ มีแผลและสายระบายที่เวาด้านขวาด้านหลัง ปิดก๊อชไว้ไม่มีเลือดซึม สาย ระบายมีสารคัดหลั่งปนเลือดออกในถุง ประมาณ 50 มิลลิลิตร และใส่สายสวนปัสสาวะ ในถุงมีปัสสาวะสี เหลืองแดงมีตะกอน ประมาณ 200 มิลลิลิตร และให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง เมื่อผู้ป่วยตื่นดี ดูแลให้รับประทาน อาหารปกติค่อนน้อย และรับประทานยา Naproxen 250 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น เป็น ระยะเวลา 2 วัน ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ รวมสายระบายออก 150 มิลลิลิตรต่อวัน

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ยังไม่ค่อยลุก เเดิน ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) 35 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยปวดแผล ระดับความปวด 9 คะแนน รับประทาน ยาแก้ปวด ชนิด Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Sedation Score 0 คะแนน อาการปวดลดลง ระดับความปวดเหลือ 3 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/60 มิลลิเมตรปรอทผู้ป่วยมีไข้ ให้ รับประทานยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ตามแผนการรักษา ดูแลเช็ดตัวลดไข้ กระตุ้นดื่ม น้ำมากๆ ไข้ลดลง อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส สายสวนปัสสาวะสีเหลืองมีตะกอน สายระบายไม่มีเลือดหลุด ออกปน เลือด 950 มิลลิลิตรต่อวัน

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 4 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ รับประทานอาหาร ได้ดีจึงหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้หลังถอดสายสวน ปัสสาวะ ดูแลช่วยประคองลุกเดินเข้าห้องน้ำ ผู้ป่วยปวดแผล ระดับความปวด 7 คะแนน รับประทานยาแก้ปวด ชนิด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Sedation Score 0 คะแนน อาการปวดลดลง ระดับความปวดเหลือ 3 คะแนน นอนพักได้ สายระบายออกปนเลือดเริ่มจาง 800 มิลลิลิตร ต่อวัน

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 5 หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ กระตุ้นผู้ป่วยลุก เเดินได้ดี ได้รับการพับ (Clamp) สายระบายไว้ตามแผนการรักษา ไม่มีอาการปวด สายระบายไม่ซึม และไม่มีไข้ สายระบายก่อนพับไว้ออก 110 มิลลิลิตรต่อวัน

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 6 หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลุกเดินได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการเอาสายระบายออกตามแผนการรักษา ดูแลทำแผลและสังเกตแผล ไม่มีบวมแดง มีเลือด ซึมจากการถอดสายระบาย และปิดก๊อชไว้ ทำการเบิกยาตามแผนการรักษา และออกใบนัดติดตามอาการที่ อาคารผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 1 เดือน วันที่ 7 กันยายน 2566 และมี Film KUB ก่อน พบแพทย์ ผู้ป่วยได้กลับบ้านชนิด Cefixime 100 มิลลิกรัม 3 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า และ Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทาน เวลามีอาการ ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน หลังกลับบ้าน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 135/62 มิลลิเมตรปรอท รวมระยะเวลาในการดูแล 6 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

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

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ได้รับการส่องกล้องเอานิวไนด์ออกผ่านทางผิวหนัง ให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ได้รับการส่องกล้องเอานิวไนด์ออกผ่านทางผิวหนัง จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่ วันที่ 3 สิงหาคม 2566 เวลา 11.24 น. ถึงวันที่ 8 สิงหาคม 2566 เวลา 16.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 6 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ได้รับการส่องกล้องเอานิวไนด์ออกผ่านทางผิวหนัง
2. ผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ได้รับการส่องกล้องเอานิวไนด์ออกผ่านทางผิวหนัง ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ได้รับการส่องกล้องเอานิวไนด์ออกผ่านทางผิวหนัง
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ได้รับการส่องกล้องเอานิวไนด์ออกผ่านทางผิวหนังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และปลอดภัย
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีสายระบายที่เอาด้านขวาด้านหลัง และมีสายสวนปัสสาวะ ซึ่งต้องใช้การดูแลไม่ให้สายระบายเลื่อนหลุด ไม่ให้สายระบายและสายสวนปัสสาวะลากพื้น จึงต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนได้ไม่เท่าที่ควร และต้องได้รับการกระตุ้นจากพยาบาล

2. พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยนิวโรไตที่ได้รับการส่องกล้องเอนโดสโคปีในไตออกผ่านทางผิวหนังไม่ครบถ้วน เนื่องจากยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรคทางศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรใช้เทคนิคการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยวาจาที่เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนทัศนคติพฤติกรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต

2. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคนิวโรไตที่ได้รับการส่องกล้องเอนโดสโคปีในไตออกผ่านทางผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย

3. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่เกี่ยวกับการประเมิน และการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิวโรไตที่ได้รับการส่องกล้องเอนโดสโคปีในไตออกผ่านทางผิวหนัง ที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละราย

10. การเผยแพร่ผลงาน

1. ประชุมวิชาการประจำเดือนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาวชลธิชา แซ่ฉั่ว ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... *ชลธิชา แซ่ฉั่ว*

(นางสาวชลธิชา แซ่ฉั่ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... *7* / *ธ.ค.* / *2566*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชลธิชา แซ่ฉั่ว	ชลธิชา แซ่ฉั่ว

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางนงลักษณ์ บัวเรือง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

(วันที่) 13 / ๘. ค. / 25๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ต่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 15 / ธันวาคม / 25๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 17 ม.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(นายธรรพงษ์ กัปโป)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 24 ม.ค. 2567

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

1.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินและจัดการอาการปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

2.หลักการและเหตุผล

อาการปวด เป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีบาดแผล ผู้ป่วยที่มีอาการปวดตามอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย (อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ, 2561) ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งความปวดที่เกิดขึ้นเกิดจากการรักษาและการช่วยชีวิตจากหัตถการทางการแพทย์และการพยาบาล ผู้ป่วยทางศัลยกรรม มีอุบัติการณ์ความปวดสูงถึง ร้อยละ 50 ผู้ป่วยทางศัลยกรรม มักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดชนิดเฉียบพลัน เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย โดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ (Major surgery) มีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต การทำงานของหัวใจและปอด มีระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดมาก นอกจากนี้ การถอดสายระบายออกจากแผลทำให้ผู้ป่วยมีความปวดระดับมากถึงมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การหายใจลึกและไอ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และการเปลี่ยนท่า (ประวีณา อัครพลไพศาลม และจุฬารวี ชัยวงศ์นาคพันธ์, 2564)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีผู้ที่มารับบริการห้องผ่าตัด แผนกศัลยกรรม ในปี 2564 - 2566 จำนวน 4,762 ราย, 5,564 ราย และ 6,185 ราย ตามลำดับ และในปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เป็นจำนวน 1,583 ราย, 1,710 ราย, 1,685 ราย ตามลำดับ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทั้งในกรณีฉุกเฉินหรือสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 76 ราย, 54 ราย และ 72 ราย ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ความปวดในผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญตามกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยการจัดการความปวดในผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การประเมินความปวด แต่การประเมินความปวดในผู้ป่วยปฏิบัติได้ยากเนื่องจากความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยลดลง จึงเป็นอุปสรรคในการประเมินความปวด ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ด้วยตัวเองว่า มีความปวดเกิดขึ้น พยาบาลจะต้องประเมินความปวด ติดตาม บันทึก และการจัดการความปวดผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ดังนั้น การประเมินอาการปวดจึงจำเป็นต้องเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อประเมินระดับอาการปวดที่ประเมินได้ มีความถูกต้องและสอดคล้องกับการรับรู้ การสื่อสารของผู้ป่วย นำไปสู่การจัดการอาการปวดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งในหอผู้ป่วยมีเครื่องมือในการประเมินระดับความเจ็บปวด แบบมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales : NRS) และมาตรวัดความปวดด้วยภาพแสดงสีหน้า (Face Pain Scales : FPS) จากการประเมินและการสังเกตการใช้งานของผู้ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย ผู้เสนอผลงานพบว่า เครื่องมือในการประเมินความเจ็บปวดยังไม่ครบถ้วนและสอดคล้องต่อการรับรู้ การสื่อสารของ

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ผู้ป่วย ซึ่งเป็นสื่อที่สามารถประเมินได้ในผู้ป่วยที่ความรู้สึกตัวดี สามารถบอกตัวเลขได้ หรือสามารถแสดงออกทางสีหน้าได้ดี ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาพัฒนารูปแบบการประเมินและจัดการอาการปวด ด้วยการเพิ่มมาตรวัดในการประเมินผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ สำหรับผู้ใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถบอกคะแนนความปวดได้ เพื่อช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาลได้นำไปใช้ในการประเมินความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ให้มีมาตรฐานมากขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรักษา เช่น การผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายระบายสิ่งคัดหลั่ง เป็นต้น และ 2) ด้านการพยาบาล เช่น การเจาะเลือด การเปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ การดูดเสมหะ การทำความสะอาดแผล การเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัวหรือการจัดท่าผู้ป่วย เป็นต้น จะเห็นว่ากิจกรรมทางการแพทย์และการพยาบาลดังกล่าว เป็นสาเหตุของความปวดในผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตมีพฤติกรรมหรืออาการที่แสดงถึงความปวดเกิดขึ้น เช่น หน้าวุ้นคิ้วขมวด แขนขาเคลื่อนไหวด้านเกร็ง เป็นต้น แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทั้งในกรณีฉุกเฉินหรือสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด จะมีความสามารถในการสื่อสารลดลง เนื่องจากได้รับยาที่ทำให้ห้วงซึม การใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าปวดที่ตำแหน่งไหนหรือปวดระดับใด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดหรือได้รับการจัดการความปวดไม่เหมาะสมได้ ความปวดส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วย โดยกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก ส่งผลให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นและเกิดการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง ผลหายช้า อีกทั้งยังทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากภาวะต้านอินซูลิน ซึ่งการที่ระดับน้ำตาลสูงขึ้น จะรบกวนการทำงานของเม็ดเลือดขาว ทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ก้าวร้าว พักไม่ได้ พยายามดิ้นหรือกัดท่อช่วยหายใจ แสดงสีหน้าถึงความปวด หากยังคงไม่ได้รับการบรรเทาความปวด จะส่งผลต่อแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยได้ (วารงคณา อ่ำศรีเวียง, 2558)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีผู้ที่มารับบริการห้องผ่าตัด แผนกศัลยกรรม ในปี 2564 - 2566 จำนวน 4,762 ราย, 5,564 ราย และ 6,185 ราย ตามลำดับ และในปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เป็นจำนวน 1,583 ราย, 1,710 ราย, 1,685 ราย ตามลำดับ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทั้งในกรณีฉุกเฉินหรือสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 76 ราย, 54 ราย และ 72 ราย ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทั้งในกรณีฉุกเฉินหรือสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง มักจะมีความปวดหลัง

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

ได้รับการผ่าตัด เมื่อยาระงับความรู้สึก(ยาสลบ) หรือยาชาหมดฤทธิ์ หรือผู้ป่วยในบางรายที่มาทำการรักษาด้วยอาการอย่างอื่น เช่น ปวดท้อง ปวดจากระยะลุกลามของโรคมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจจะรู้สึกตัวดี หรือผู้ป่วยบางรายระดับความรู้สึกตัวลดลง และจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอก ระดับความเจ็บปวดของตนเองได้ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย มีการตื่นตระหนก รุนแรงบนเตียง นอนพักไม่ได้ พยายามดิ้นหรือกัดท่อช่วยหายใจ เพื่อแสดงถึงความปวด

การประเมินอาการปวดจึงจำเป็นต้องเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อประเมินระดับอาการปวดที่ประเมินได้ มีความถูกต้องและสอดคล้องกับการรับรู้ การสื่อสารของผู้ป่วย นำไปสู่การจัดการอาการปวดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งในหอผู้ป่วยมีเครื่องมือในการประเมินระดับความเจ็บปวด แบบมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales : NRS) และมาตรวัดความปวดด้วยภาพแสดงสีหน้า (Face Pain Scales : FPS) จากการประเมินและการสังเกตการใช้งานของผู้ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย ผู้เสนอผลงานพบว่า เครื่องมือในการประเมินความเจ็บปวดยังไม่ครบถ้วนและสอดคล้องต่อการรับรู้ การสื่อสารของผู้ป่วย ผู้เสนอผลงาน จึงเห็นถึงความสำคัญของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับอาการปวด จึงอยากพัฒนารูปแบบการประเมินและจัดการอาการปวดที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงให้ดียิ่งขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al, 2001 อ้างตาม สายสมร ศักดาศรี, 2565) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลจากการจัดการอาการ (Outcomes) ดังนี้ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ต่ออาการของแต่ละบุคคล การรู้สึกว่าร่างกายมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ไปจากเดิม โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่รับรู้การมีอาการ (Perception of symptoms) ภายหลังผ่าตัดว่าตนเองมีอาการปวด ประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) ของอาการปวด ว่ามีระดับความรุนแรงอย่างไรแล้วจึงตอบสนองต่ออาการปวด (Response to symptoms) ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างไร 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการจัดการโดยพยาบาล (Who) ใช้โปรแกรมการจัดการอาการปวด (What) ผู้ป่วยที่มีอาการปวด (Whom) ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว (Where) โดยการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความปวดในรูปแบบต่างๆ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย (How) การจัดการความปวดเมื่อมีอาการปวดหรือสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไป (When) เพื่อให้ตอบสนองต่ออาการปวด มีอาการปวดลดลง (Why) 3) ผลจากการจัดการอาการ (Outcomes) (สายสมร ศักดาศรี, 2565) เป็นผลที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบประเมินอาการปวดและจัดการอาการปวดและใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดทำเป็นแผ่น Card ที่ประกอบด้วย 1. มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales : NRS), 2. มาตรวัดความปวดด้วยภาพแสดงสีหน้า (Face Pain Scales : FPS), 3. มาตรวัดแบบตัวเลขและแถบสี, 4. มาตรวัดพฤติกรรมความปวด (Behavioral Pain Scales : BPS) ได้แก่ สำหรับผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ (BPS

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

No Ventilater), สำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (BPS On Ventilater), 5. มาตรการวัดความปวดผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต/ไอซียู (Critical Care Pain Observation Tool), 6. มาตรการง่วงซึม (Sedation Scale : SS) เพื่อเป็นแนวทางและสร้างความมั่นใจในการประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยได้ตรงการรับรู้ ทำให้เกิดคุณภาพในการให้การพยาบาลที่ดีขึ้นและผู้ป่วยได้รับการรักษา การจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินและจัดการอาการปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง สามารถประเมินและจัดการอาการปวดของผู้ป่วยได้ตรงการรับรู้

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน พฤษภาคม 2567 – สิงหาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการปวด ทั้งที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา ทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ เครื่องมือการประเมินและการจัดการอาการปวด
2. ปรึกษาหัวหน้างานหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำร่างรูปแบบการประเมินและจัดการอาการปวด
4. ประชุมชี้แจงทีมพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การวางแผนพัฒนารูปแบบการประเมินและจัดการอาการปวด และการทดลองใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
5. จัดทำการพัฒนาารูปแบบการประเมินและจัดการอาการปวด
 - 5.1 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาจัดทำ แผ่น Card ประกอบด้วย
 - 5.1.1. มาตรการวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales : NRS)
 - 5.1.2. มาตรการวัดความปวดด้วยภาพแสดงสีหน้า (Face Pain Scales : FPS)
 - 5.1.3. มาตรการวัดแบบตัวเลขและแถบสี,
 - 5.1.4. มาตรการวัดพฤติกรรมความปวด (Behavioral Pain Scales : BPS) ได้แก่ สำหรับผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ (BPS No Ventilater), สำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (BPS On Ventilater)
 - 5.1.5. มาตรการวัดความปวดผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต/ไอซียู (Critical Care Pain Observation Tool)
 - 5.1.6. มาตรการง่วงซึม (Sedation Scale : SS)

ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

5.2 ให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงทุกคนเลือกใช้รูปแบบการประเมินและจัดการความปวดกับผู้ป่วยให้ตรงกับการรับรู้ การสื่อสารของผู้ป่วย

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง มีความพึงพอใจในการใช้แบบการประเมินและจัดการอาการปวด
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับอาการปวดที่ถูกต้องและสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง มีการใช้แบบการประเมินและจัดการอาการปวด และพึงพอใจ เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 75
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง สามารถประเมินระดับอาการปวดของผู้ป่วยได้ ถูกต้องและสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) *ชลธิชา แซ่ฉั่ว*

(นางสาวชลธิชา แซ่ฉั่ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *7* / *๕* / *๒๕๖๖*

ผู้ขอประเมิน