

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับถุงน้ำดีอักเสบ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 – 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลาการดูแล 18 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
บทนำ

โรคนิ่วในระบบทางเดินน้ำดีเป็นกลุ่มปวดท้องเฉียบพลัน 5 ภาวะ ซึ่งเป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยอุบัติการณ์ในประเทศไทยพบได้ประมาณร้อยละ 6 (นพ.สุพจน์ บุญพร, 2565) และเป็นปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประชากรในประเทศ ปัญหาที่เกิดจากนิ่ว เช่น ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ท่อน้ำดีอักเสบจากนิ่วในท่อน้ำดี ตับอ่อนอักเสบจากนิ่วอุดตัน ส่วนมากโรคนิ่วในท่อน้ำดีผู้ป่วยจะไม่มีอาการ และในคนที่มีอาการจะมีอาการคล้ายโรคลำไส้หรือโรคกระเพาะ ทำให้วินิจฉัยยากจนมีโอกาสดังกล่าวการรุนแรง ติดเชื้อในกระแสโลหิต ถึงกับเสียชีวิตได้ 2-3% ต่อปี (กนกวรรณ ฤทธิ์ฤดี, 2565) สถิติข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงในปีงบประมาณ 2564-2566 มีผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินน้ำดี จำนวน 178 ราย 178 ราย และ 190 รายตามลำดับซึ่งเป็นโรคที่เป็นกลุ่มปวดท้องเฉียบพลัน 5 ภาวะและ ติดอันดับ 5 อันดับโรคของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง มีผู้ป่วยโรคนิ่วในระบบทางเดินน้ำดีร่วมกับถุงน้ำดีอักเสบที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2564-2566 จำนวน 30, 26 และ 28 ราย ตามลำดับ จึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่อง

โรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคที่จำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอักเสบของถุงน้ำดี การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงวิจารณ์ญาณ ในการใช้กระบวนการพยาบาลได้แก่ ประเมินและรวบรวมข้อมูลพยาบาล แผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด ระยะพักฟื้น ความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม ตลอดจนติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ปลอดภัย และการวางแผนจำหน่ายเพื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติ

ความหมายของโรค

นิ่วในท่อน้ำดีร่วม (Common bile duct stone หรือ Cholelithiasis) เมื่อนิ่วอุดตันท่อน้ำดีร่วมทำให้แรงดันในท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น ถุงน้ำดีบีบตัวอย่างรุนแรงเพื่อขับน้ำดีออก ทำให้เกิดอาการปวดท้องแบบบิดเฉียบพลัน (biliary colic หรือ colicky pain) อาจทำให้ท่อน้ำดีอุดตันอย่างสมบูรณ์หรือบางส่วนทำให้น้ำดีคั่งในเซลล์ตับและถูกดูดซึมกลับเข้ากระแสเลือด ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง อุจจาระที่ออกมาสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม การอุดตันของนิ่วทำให้น้ำดีคั่งค้างและเกิดการติดเชื้อตามมา (ระบบคลังข้อมูลวิชาการBRU, 2566)

ถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) การอักเสบของถุงน้ำดี แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน และถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากนิ่วอุดตันที่ท่อน้ำดี(cystic duct)

-**ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน** (Acute Cholecystitis) เมื่อนิ่วไปอุดตันท่อน้ำดีทำให้น้ำดีคั่งอยู่ในถุง กลืนน้ำดีจะประคายน้ของผนังของถุงน้ำดี ทำให้เกิดการอักเสบ การอุดตันท่อน้ำดีทำให้น้ำดีบีบตัวอย่างรุนแรงเพื่อขับ

น้ำดีออก ทำให้เกิดอาการปวดท้องแบบบิดเฉียบพลัน (biliary colic หรือ colicky pain) และถุงน้ำดีที่อุดตันโดยนิ่ว ทำให้มีแรงดันสูง มีลักษณะโป่งตึง ผนังบวม มีเลือดมาเลี้ยงมาก หลอดเลือดในผนังถุงน้ำดีถูกกดทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยงและเน่าตาย ถุงน้ำดีจะกลายเป็นหนองและแตกตามมา ถ้าการอักเสบลุกลามไปที่ท่อน้ำดีรวมจะทำให้จะทำให้ท่อน้ำดีรวมบวมและเกิดการอุดตันของทางเดินน้ำดีตามมาได้

- **ถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง (Chronic Cholecystitis)** การอักเสบของถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง ทำให้ผนังถุงน้ำดีมีการหนาตัวและบวม หรือถุงน้ำดีอาจถูกทำลายในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดหนองภายในถุงน้ำดี (ระบบคลังข้อมูลวิชาการ BRU, 2566)

พยาธิสภาพ

ถุงน้ำดีมีหน้าที่ในการเก็บสะสมน้ำดี เมื่ออาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบถูกลำเลียงเข้ามาในลำไส้เล็ก โดยถุงน้ำดีสะสมน้ำดีได้ประมาณ 50 มิลลิลิตร และยังมีหน้าที่ในการทำให้น้ำดี ที่ผลิตจากตับ เข้มข้นมากขึ้น ความไม่สมดุลของส่วนประกอบในน้ำดี การตกผลึกของหินปูนหรือคอเลสเตอรอลที่อยู่ในน้ำดีการติดเชืของทางเดินน้ำดี อาจทำให้เกิดเป็นก้อนนิ่วในถุงน้ำดี (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561) นิ่วในท่อน้ำดีมักจะไม่มีอาการและพบโดยบังเอิญ ส่วนน้อยจะทำให้เกิดอาการ เช่นทางเดินน้ำดีติดเชื้อ(cholangitis) ตับอ่อนอักเสบ(pancreatitis) โดยถ้าเป็นนิ่วขนาดเล็กเมื่อเกิดการอุดตันอาจหลุดได้เอง แต่ถ้านิ่วขนาดใหญ่ที่ไม่สามารถหลุดได้เองจะทำให้เกิดอาการมากขึ้น ปวดท้อง ไข้ ตัวเหลืองตาเหลืองจากภาวะ Acute ascending cholangitis ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ อาจเสียชีวิตได้ (เฉลิมวุฒิ โคตุทา, 2565)

สาเหตุ

นิ่วในถุงน้ำดี Gallstone disease เป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อย จากการผ่าศพศึกษารายงานว่าพบ นิ่วในถุงน้ำดีร้อยละ 10 - 15 การเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเกิดจากหลายปัจจัยเช่น การบริโภคอาหาร อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย เชื้อชาติ และพบได้ในบางภาวะ เช่นการตั้งครรภ์ โรคเลือดธาลัสซีเมีย หลังการผ่าตัดโรคอ้วน เป็นต้น และยังเกี่ยวกับยาบางประเภทเช่น ยาคุมกำเนิด พบผู้หญิงมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ชายสามเท่า และอาจเกี่ยวข้องกับโรคทางพันธุกรรม (เฉลิมวุฒิ โคตุทา, 2565)

อาการและอาการแสดง

ลักษณะอาการของผู้ป่วย 1. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ 2. กลุ่มผู้ป่วยมีอาการท้องอืด จุกเสียด แน่นท้องบริเวณใต้ชายโครงขวา และได้ลิ้นปี่ โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหารประเภทไขมัน 3. กลุ่มผู้ป่วยที่มีถุงน้ำดีอักเสบร่วมด้วย 4. กลุ่มผู้ป่วยที่มีการอุดตันท่อน้ำดี ทำให้เกิดอาการตัวเหลืองตาเหลือง หรือที่เรียกว่าดีซ่าน (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)

การรักษา

การรักษาด้วยยาและการผ่าตัดตั้งนี้

1. การรักษาด้วยยา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวดจากการหดตัวของถุงน้ำดีและลดการติดเชื้อ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของทางเดินน้ำดี อาจทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำดี และนำมาสู่การติดเชื้อของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดีในผู้ป่วยที่มีอาการดีซ่านแพทย์ให้ยาลดการคั่งของน้ำดีบริเวณผิวหนังเพื่อขับเกลือน้ำดีออกทางอุจจาระจะช่วยลดการคั่งของเกลือน้ำดีบริเวณผิวหนัง ตลอดจนยาละลายนิ่วใช้ยาละลายนิ่ว (Oral dissolution therapy เป็น bile acid) ใช้สลายนิ่วที่เป็น cholesterol ที่ก้อนไม่ใหญ่ ต้องใช้เวลานานในการสลาย ผลข้างเคียงอาจทำให้เกิดท้องร่วง และตับมีการอักเสบเล็กน้อย (ชญาดา เกตุรัตน์กุล, 2561)

2. การเอานิ่วออกโดยไม่ผ่าตัด ได้แก่ เครื่องสลายนิ่ว นิ่วในถุงน้ำดีสามารถรักษาได้โดยการใช้เครื่องสลายนิ่ว (extracorporeal shock-wave lithotripsy: ESWL) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีนิ่วอยู่ในท่อน้ำดี การใช้เครื่องสลายนิ่วแล้วคิบบอกโดยการส่องกล้องผ่าตัดเปิดท่อน้ำดีไม่ได้รับผลสำเร็จเท่าที่ควร

2. การเอานิ่วออกโดยไม่ผ่าตัด ได้แก่ เครื่องสลายนิ่ว นิ่วในถุงน้ำดีสามารถรักษาได้โดยการใช้เครื่องสลายนิ่ว (extracorporeal shock-wave lithotripsy: ESWL) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีนิ่วอยู่ในท่อทางเดินน้ำดี การใช้เครื่องสลายนิ่วแล้วศิบออกโดยการส่องกล้องผ่าตัดเปิดหูดถุงน้ำดีไม่ได้รับผลสำเร็จเท่าที่ควร

การรักษา (ต่อ)

3. การส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP) เป็นวิธีการตรวจท่อทางเดินน้ำดี (biliary system) และท่อน้ำย่อยตับอ่อน (pancreatic duct) โดยการส่องกล้อง (endoscope) ผ่านทางปากผ่านหลอดอาหาร กระเพาะ ลำไส้เล็กจนถึง ampulla of vater จากนั้นฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในท่อทางเดินน้ำดีรวม (common bile duct) หรือท่อน้ำย่อยตับอ่อนแล้วบันทึกภาพเอกซเรย์ผลตรวจอาจพบว่ามีเนื้องอก มีการตีบ หรือมีนิ่วในท่อน้ำดี ถุงน้ำของท่อน้ำดี การอักเสบของท่อน้ำดี (Black & Hawks, 2010) อ้างตามระบบคลังข้อมูลวิชาการ BRU, 2566 และยังสามารถตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) บริเวณที่สงสัยว่าจะมีพยาธิสภาพส่งตรวจได้ และให้การรักษาโรคทางเดินน้ำดีและตับอ่อนในผู้ป่วยบางราย เช่น การคล้องหรือขบนิ่วในทางเดินน้ำดีออก (stone removal) การใส่ท่อระบายน้ำดีคาไว้ (biliary stent) เป็นต้น

4. การรักษาด้วยการผ่าตัด พยาธิสภาพที่ต้องผ่าตัดคือ นิ่ว เนื้องอกและการตีบแคบของท่อน้ำดีเพื่อให้ น้ำดี สามารถระบายได้ ภาวะแทรกซ้อนที่มักพบหลังการผ่าตัด คือ ได้แก่ เลือดออกจากแผลผ่าตัด การรั่วของน้ำดีจากท่อน้ำดี น้ำดีเข้าไปในช่องท้องเกิดการระคายเคืองและการอักเสบของเยื่อช่องท้อง ตัวเหลืองตาเหลืองจากการอุดตันตีบแคบของท่อน้ำดี (สงศรี รัตนมาลาวงศ์ และอารญา โถรุ่งเรือง, 2558) การผ่าตัดมี 2 วิธีดังนี้

4.1 การผ่าตัดส่องกล้องเอาถุงน้ำดีออก (Laparoscopic cholecystectomy: LC) ซึ่งปัจจุบันเป็นวิธีที่นิยมเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่เล็กลง แต่มีค่าใช้จ่ายสูงและต้องมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ 2-3 วัน ภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ทางเดินน้ำดี การบาดเจ็บของหลอดเลือด อวัยวะในช่องท้องได้ (ธวัชชัย ตูวรรณธนะ, 2015)

4.2 การผ่าตัดเปิดเอาถุงน้ำดีออก (Open cholecystectomy: OC) แพทย์เลือกใช้ในการผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีการอักเสบมากหรือแตกทะลุในช่องท้อง หรือในกรณีทำผ่าตัดส่องกล้องไม่สำเร็จ โดยผู้ป่วยจะได้รับการดมยาสลบทั่วร่างกาย และแพทย์ดำเนินการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดยาวประมาณ 10 ซม. ได้ขยายโครงขาในแนวเฉียงและใส่สายระบายเพื่อระบายสิ่งคัดหลั่งออกจากกระเพาะอาหาร

4.3 การผ่าตัดสำรวจท่อทางเดินน้ำดี (CBD exploration) เพื่อเอานิ่วในทางเดินน้ำดีออก และจะมีการใส่ T-Tube ซึ่งมีลักษณะรูปร่างคล้ายตัวอักษรที (T) เพื่อเป็นท่อออกสู่ภายนอกร่างกายโดยแขนทั้งสองทำมุมฉากกับทางวางในท่อน้ำดีรวม (Common bile duct) ปลายด้านบนรับน้ำดีจากตับ (hepatic duct) ผ่านสู่ปลายอีกด้านลงสู่ duodenum (สงศรี รัตนมาลาวงศ์ และอารญา โถรุ่งเรือง, 2558)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระบบทางเดินน้ำดี ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด การรั่วของน้ำดีจากท่อน้ำดี (bile leakage) น้ำดีเข้าไปในช่องท้อง (bile peritoneal) เกิดการระคายเคือง การอักเสบและติดเชื้อในเยื่อช่องท้องทำให้มีอาการปวดท้อง กดเจ็บ ท้องอืด ตัวตาเหลือง (jaundice) จากการอุดตันหักพับของท่อระบายน้ำดี (T-Tube drain) หรือการอุดตัน ตีบแคบของท่อน้ำดีทำให้เกิดภาวะตัวตาเหลืองปัสสาวะจะมีสีเหลืองเข้ม

การวินิจฉัยโรคนิ่วในถุงน้ำดี

1. ในเบื้องต้นแพทย์จะถามถึงรายละเอียดของอาการที่เกิดขึ้นรวมถึงการคลำถุงน้ำดี (Murphy's Sign Test) เพื่อตรวจสอบว่าถุงน้ำดีมีการอักเสบหรือไม่ โดยแพทย์จะใช้มือหรือนิ้วคลำบริเวณท้องส่วนขวาบนและให้ผู้ป่วยหายใจเข้า หากมีอาการเจ็บแสดงว่าถุงน้ำดีอาจอักเสบ นอกจากนั้นแพทย์อาจแนะนำให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาสัญญาณของการติดเชื้อ หรือตรวจสอบว่าตับทำงานเป็นปกติหรือไม่ หากก้อนนิ่วได้เคลื่อนย้ายไปที่ท่อน้ำดีตับอาจทำงานได้ไม่ปกติ

2. การทำอัลตราซาวด์ เป็นการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อสร้างภาพของอวัยวะในร่างกาย ซึ่งมักจะใช้ช่วยวินิจฉัยโรคในท่อน้ำดี
3. การตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า หรือ เอ็มอาร์ไอ (Magnetic Resonance Imaging : MRI) ช่วยตรวจนิ้วที่อยู่ในท่อน้ำดี
4. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography : CT-Scan) ช่วยในการตรวจดูภาวะแทรกซ้อนของนิ้วในท่อน้ำดี เช่น ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น และมักจะใช้เพื่อวินิจฉัยเมื่อมีอาการปวดท้องรุนแรง
5. การถ่ายภาพรังสีท่อน้ำดี (Cholangiography) เมื่อสงสัยว่ามีนิ่วในท่อน้ำดีวิธีนี้ จะช่วยเพิ่มรายละเอียดของนิ่วในท่อน้ำดี โดยแพทย์จะฉีดสีเข้าไปทางหลอดเลือดหรือฉีดเข้าไปที่ท่อน้ำดีในระหว่างผ่าตัดหรือใช้กล้องส่องตรวจผ่านเข้าไปทางปาก หลังจากที่ย้อมสีแล้วจึงเอกซเรย์จะช่วยให้เห็นความผิดปกติภายในท่อน้ำดีหรือการทำงานของตับอ่อน หากท่อน้ำดีและน้ำดีทำงานปกติสีที่ฉีดจะถูกดูดซึมหรือขับออกจากร่างกาย หากพบว่าเกิดการปิดกั้นในระหว่างการตรวจดังกล่าวอาจหมายถึงมีนิ่วอุดตันต่อร่วมด้วย แพทย์อาจจะใช้กล้องส่องตรวจ (Endoscope) ช่วยกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีออกก่อน หรือเรียกว่าการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) (ชญาดา เกตุรัตน์กุล , 2561)

การปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการตรวจ

1. การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการตรวจ ตั้งแต่แพทย์เริ่มพ่นยาชาที่คอทำให้บริเวณในคอไม่มีความรู้สึก ½-1 ชั่วโมง อาจรู้สึกแสบ บริเวณลำคอผู้ป่วยจะได้รับการจัดท่านอนตะแคงซ้าย ใส่อุปกรณ์กันลิ้นตก (oral airway) ทำขณะใส่คือแหงนศีรษะและเงยคาง ขณะแพทย์ใส่อุปกรณ์เข้าไปในปากให้ผู้ป่วยกลืน ระยะเวลาการตรวจ ½-1 ชั่วโมงเพื่อคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในขณะที่แพทย์ทำการตรวจ
2. การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย โดย
 - ถ้าผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือด ให้หยุดยา 7 วันก่อนทำการส่องกล้อง
 - ชักประวัติการแพ้สารทึบรังสี ไอโอดีนหรืออาหารทะเล หากมีต้องรายงานแพทย์
 - ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำดื่มทุกชนิดทางปากก่อนตรวจ 8 ชั่วโมง ยกเว้นยาลดความดันโลหิตถ้าต้องรับประทานให้ดื่มน้ำเพียงเล็กน้อย เพื่อป้องกันการสำลัก
 - ดูแลให้ผู้ป่วยแปรงฟัน และบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อของช่องปากและทางเดินหายใจส่วนต้น ถอดฟันปลอมในเช้าวันตรวจเพื่อป้องกันฟันปลอมหลุดอุดตันทางเดินหายใจ
 - ให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะออก เนื่องจากถ้ามีการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าโลหะจะเป็นตัวนำไฟฟ้าและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้
 - ดูแลให้ยา และสารน้ำก่อนเข้ารับการตรวจตามแผนการรักษา
 - แนะนำให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนไปห้องตรวจ

การปฏิบัติการพยาบาลหลังการตรวจ

1. ติดตามอาการแสดงการแพ้สารทึบรังสี ได้แก่ ผื่นนูน ลมพิษ คลื่นไส้อาเจียน ในรายที่แพ้รุนแรงมีอาการ anaphylactic shock ได้แก่ หลอดลมหดเกร็ง ความดันโลหิตต่ำ หากมีต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้แพ้
2. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจ เช่น การทะลุของทางเดินอาหาร การมีเลือดออก ภาวะขาดออกซิเจน ถ้ามีความผิดปกติของสัญญาณชีพควรรายงานแพทย์

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าจะขาในลำคอประมาณ 1-2 ซม. ตรวจสอบGag reflex มีวิธีการตรวจโดย โดยใช้ไม้กดลิ้นแตะผนังคอหรือกวาดโคนลิ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการขย้อนแสดงว่า gag reflex ปกติ จึงจะให้ผู้ป่วยจิบน้ำ ถ้าไม่สำลักจึงดื่ม น้ำ อาหารมื้อแรกควรจัดเป็นอาหารอ่อนไม่ร้อนเกินไป เพื่อป้องกันการเจ็บคอ แต่ในบางรายอาจยังต้องงดน้ำและอาหารต่อตามแผนการรักษาของแพทย์

4. สังเกตอาการตับอ่อนอักเสบและการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ มีไข้ต่ำ ๆ อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หากมีอาการให้รายงานแพทย์

5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในท่อทางเดินน้ำดีตามแผนการรักษาของแพทย์

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง(Open Cholecystectomy)

ระยะกิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะของการปวดท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้ ท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บทั่วท้อง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง อาจมีการอักเสบของเยื่อช่องท้องต้องรีบรายงานแพทย์

2. ดูแลการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผน

3. ประเมินภาวะขาดน้ำและการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์รวมทั้งการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารก่อนตรวจ 6 ชั่วโมง

5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับยา ก่อนไปห้องผ่าตัดตามแผนการรักษา เช่น ยาโรคประจำตัว

6. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

6.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมทำความสะอาดบริเวณผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณตรงสะดือสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดโดยผ่านกล้องการงดอาหารและน้ำ การสวนอุจจาระ การใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ และการใส่สาย N.G เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา

6.2 ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงและไม่สามารถนอนพักผ่อนได้ ดูแลการให้รับยาแก้ปวดประสาทรตามแผนการรักษา

6.3 แนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดโดยอธิบายเหตุผลประโยชน์และสาเหตุวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำก่อนการผ่าตัดในเรื่องของการหายใจเข้าเต็มที่ช้าๆ และหายใจออกยาวๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายขาทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนโดยเน้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวหลังผ่าตัดและทำทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ภิญญลักษณ์ เรวัตพัฒนกิตต์, 2563)

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (ธารินี เพชรรัตน์และคณะ, 2560)

การพยาบาลในหอผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมงแรก

1. ประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเมื่อแรกรับกรณีผู้ป่วยผ่าตัดสมองต้องประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ตามแผนการรักษากรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดแบบต่อเนื่องให้ประเมิน sedation score จนกว่าจะหยุดให้ยา

1.2 ตรวจวัดสัญญาณชีพโดยอุนหมิกายวัดเมื่อแรกรับและทุก 4 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกความดันโลหิตชีพจร การหายใจวัดเมื่อแรกรับและวัดอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- วัดทุก 15 นาที X 4 ครั้ง เมื่อไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้วัดทุก 30 นาที

- วัดทุก 30 นาที X 4 ครั้ง เมื่อไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้วัดทุก 1 ชั่วโมง
- วัดทุก 1 ชั่วโมง X 4 ครั้ง หรือจนกว่าจะคงที่/ตามแผนการรักษาโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่(Major surgery) หลังจากนั้นสังเกตอาการทุก 4 ชั่วโมงในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหรือจนกว่าสัญญาณชีพคงที่ รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติเช่น
 - ชีพจรเต้นเบา เร็วขึ้นจากเดิมร้อยละ 20 หรือเต้นช้าลงต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาทีหรือช้าจากเดิมร้อยละ 20
 - ความดันโลหิตลดลงมากกว่าเดิม 20 มม.ปรอท และ pulse pressure แคบ
 - หายใจไม่สม่ำเสมอ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงกระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด
 - หรือความผิดปกติอื่นๆ ตาม early warning signs ของแต่ละหน่วยงาน
- 2. ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติไม่ให้อาเจียนไปด้วยการห่มผ้าให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายหรือใช้ผ้าห่มไฟฟ้าเมื่อจำเป็น
- 3. การจัดทำหลังผ่าตัดตามความเหมาะสมเฉพาะโรค
- 4. ดูแลระบบทางเดินหายใจ
 - 4.1 ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและไม่มีข้อห้ามจัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย (semi fowler's position) ในกรณีที่ยังไม่รู้สึกตัวดีให้นอนราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งยกเว้นการผ่าตัดเฉพาะหัตถการให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา
 - 4.2 ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน โดยใช้เครื่องวัดที่ปลายนิ้วในกรณีที่ผู้ป่วยทั่วไป ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95%
 - 4.3 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา
 - 4.4 เมื่อผู้ป่วยตื่นสติควรกระตุ้นให้หายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ไอขับเสมหะ หรือกรณีจำเป็นช่วยดูดเสมหะให้
- 5. ดูแลระบบไหลเวียน
 - 5.1 ประเมินภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดโดยประเมินแผลผ่าตัดมีเลือดซึมออกมาหรือไม่ สังเกตบันทึกปริมาณของเลือดที่ออกมาตามสายระบายต่างๆ เฝ้าระวังดูแลและรายงานแพทย์ สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ เมื่อ
 - content เพิ่มขึ้น ≥ 400 ml/hr ใน 1 ชั่วโมง
 - content เพิ่มขึ้น ≥ 200 ml/hr เป็นเวลา 2 ชั่วโมง
 - content เพิ่มขึ้น ≥ 100 ml/hr เป็นเวลา 4 ชั่วโมง
 - 5.2 ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้วรายงานแพทย์เมื่อค่าที่ได้น้อยกว่า 30 vol% หรือลดลงจากเดิม $\geq 3\%$
- 6. ประเมินความสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ (กรณีผ่าตัดใหญ่)
 - ประเมินและบันทึกจำนวนปัสสาวะเมื่อแรกรับจากห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นและลงบันทึกจำนวนสารละลายที่ได้รับจากห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น
 - ประเมินและบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกมาอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงใน 4 ชั่วโมงแรก หรือตามความจำเป็นเปรียบเทียบกับจำนวนสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำหากจำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษาติดตามผลการตรวจเกลือแร่ในร่างกายตามแผนการรักษา รายงานแพทย์เมื่อมีค่าผิดปกติ

7. ป้องกันการติดเชื้อ

- 7.1 ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
- 7.2 ดูแลแผลผ่าตัดที่ระบายต่างๆ
- 7.3 ดูแลการใส่สายสวนปัสสาวะ

8. ดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด

9. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความไม่สุขสบายอื่นๆ

10. ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งมักเกิดจากผลของยาระงับความรู้สึก หากมีอาการควรให้การช่วยเหลือโดยจัดให้นอนตะแคงและสอดขามรูปไตไว้ใกล้ปากเพื่อรองรับอาเจียนดูแลให้บ้วนปากจนสะอาด หากยังมีอาการต่อเนื่องควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษา

การพยาบาลในระยะหลัง 24 ชั่วโมงจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน

1. หลัง 24 ชั่วโมงแรกวัดสัญญาณชีพ และระดับความรุนแรงของความปวด ทุก 4-8 ชั่วโมง ตามความจำเป็น
2. ช่วยในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงกระตุ้นให้ลุกนั่งจากเตียงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หากประเมินแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีข้อห้าม ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลงจากเตียงกระตุ้นการออกกำลังกายทุก 2 ชั่วโมง ประเมินเสี่ยงการเคลื่อนไหวของลำไส้ และ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ชาบวมแดง ปวด จากลิ่มเลือดในหลอดเลือดขาส่วนลึก หายใจเร็วจากก้อนเลือดอุดตันในปอดแตกแยกหรือลำไส้อุดตัน เป็นต้น
3. ดูแลแผลผ่าตัดตามคู่มือปฏิบัติการพยาบาลฯ
4. วางแผนการให้ข้อมูลเพื่อปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตามหลัก D-METHOD (ธารินี เพชรรัตน์และคณะ, 2560)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

1 เดือนก่อนมา มีไข้หนาวสั่น ปวดจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐประเทศได้รับวินิจฉัย CHD/CBD with acute cholangitis/cholecystitis จึงส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมีนัดวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 ก่อนถึงวันนัด 2 สัปดาห์ก่อนมา มีไข้ หนาวสั่น อาเจียน 4 ครั้งเป็นเศษอาหารเก่าไม่มีเลือดปน นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลรัฐโทรเลื่อนนัด แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Cholecystitis with Septic shock ได้รับยาปฏิชีวนะครบ 10 วันอาการทุเลา มีนัดติดตามอาการแพทย์จึงส่งตัวมาเพื่อรักษาต่อ 12 พฤษภาคม 2563 เวลา 10.39 น. แรกแรกที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงรับจากแผนกผู้ป่วยนอกมาโดยรถนอน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง หายใจสม่ำเสมอไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ทำทางอ่อนเพลีย ปวดท้องเป็นพักๆ คะแนนความปวด 3-5/10 คะแนนปวดคู้เสริมพลังอำนาจและแนะนำนอนพักนิ่งๆอาการปวดลดลง รับประทานอาหารอ่อนได้ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน On Foley's catheter No.16 ปัสสาวะออกดีสีเหลืองเข้ม ดูแลให้ได้รับยา Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง และ Losec 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ 13 พฤษภาคม 2563 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) กลับจากห้องผ่าตัดหลังทำ ERCP ไม่สำเร็จ ผู้ป่วยตื่นดีไม่มีง่วงซึม Sedition score 0 ท้องกตมุ่มไม่มีโป่งตึงต่งน้ำงดอาหารทางปากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 ml ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ไม่มีเลือดออกทางเดินอาหาร ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ คะแนนความปวดอยู่ที่ 3-5/10 คะแนน ปวดเป็นพักๆ นอนพักได้

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

14 พฤษภาคม 2563 เวลา 17.00 น. ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ 39.4 องศาเซลเซียส ซีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/75 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % รายงานแพทย์ดูแลให้ได้รับยา Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานทางปาก ร่วมกับการสอนและสาธิตญาติเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกวิธีและกระตุ้นดื่มน้ำ ติดตามประเมินไข้ไข้ลดลง อุณหภูมิ 37.6 องศา 15 พฤษภาคม 2563 เวลา 10.15 น. มีอาการหนาวสั่นอุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียส ช่วงหนาวสั่นหายใจเหนื่อยค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 88-89 % รายงานแพทย์ให้ออกซิเจนทางจมูกอัตรา 5 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกาย ผู้ป่วยอาการหนาวสั่นลดลง ต่อมาไข้ลดลงอุณหภูมิกาย 38.0 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยบ่นปวดคะแนนความปวด 7/10 คะแนน ได้รับยา Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานทางปาก ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ทานได้ 5-6 คำ ยังคงได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 ml ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงไว้ 18-19 พฤษภาคม 2563 เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบผู้ป่วยมีภาวะซีด มีภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ส่วนประกอบของเลือด PRC 2 ยูนิตและ FFP 2 ยูนิต ดูแลให้รับประทาน Elixir KCL 30 มิลลิลิตร 4 ครั้ง ดูแลให้ 50% Magnesium 4 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้งจนครบ 3 วัน ตามแผนการรักษาติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทดลองหลังให้ส่วนประกอบของเลือดและ Elixir KCL ครบพบมีภาวะโซเดียมในกระแสเลือดสูง รายงานแพทย์ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 200 มิลลิลิตร 4 ครั้ง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทดลองพบความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดและภาวะโพแทสเซียมในกระแสเลือดต่ำได้รับ 0.45% NaCl 1,000 ml + KCL 40 mEq. ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามประเมินผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แพทย์ Set OR for Explore CBD with Cholecystectomy วันที่ 20 พฤษภาคม 2563 เวลา 8.00 น. ผลห้องปฏิบัติการทดลองพบความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดยาแพทย์เตรียมจอง SDP 1 ยูนิตตามแผนเพื่อให้ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด เวลา 15.50 น. กลับจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวปลุกตื่น Sedation score 0 ได้รับออกซิเจนทางจมูกอัตรา 5 ลิตรต่อนาที หายใจสม่ำเสมอค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ท้องกดนุ่มไม่มีโป่งตึง แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่มีเลือดซึม On Jackson-Pratt drain บริเวณที่ On Jackson-Pratt drain ไม่มีรั่วซึม ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล คะแนนความปวด 7-9/10 คะแนน ปวดเป็นพักๆ ดูแลให้ได้รับ Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ Sedation score 0 ประเมินคะแนนปวดลดลงเหลือ 3 คะแนน สัญญาณชีพคงที่ พักผ่อนได้ 21-23 พฤษภาคม 2563 รู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อยสัญญาณชีพคงที่ สามารถหายใจได้เองไม่ได้ให้ออกซิเจน มีภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้รับ 0.45% NaCl 1,000 ml + KCL 40 mEq. ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ B-Fluid 1,000 ml + Addamel N 1 Amp + Soluvit 1 Amp ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถลุก Early Ambulation ได้ ผายลมได้ ขับถ่ายได้ปกติ เริ่มจิบน้ำ เริ่มรับประทานอาหารได้ และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้โดยปลอดภัย รวมรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 18 วันรวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 18 วัน หลังจำหน่ายแพทย์นัด 2 อาทิตย์ แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่มีบวมแดง ตรวจเลือดดูค่า LFT CBC ผลเลือดเป็นปกติ ผลขึ้นเนื้อดี แพทย์ไม่นัดต่อ

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

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

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับถุงน้ำดีอักเสบที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนไม่สำเร็จ ให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับถุงน้ำดีอักเสบ จำนวน 1 ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 12-29 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 18 วัน รวมระยะเวลาดูแล 18 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมกับถุงน้ำดีอักเสบ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดอย่างดีมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและหายเร็วสามารถกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความเครียดและวิตกกังวล และมารับการตรวจรักษาตามนัด 2 อาทิตย์หลังจำหน่าย แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่มีบวมแดง ผลเลือดเป็นปกติ ผลชิ้นเนื้อดี แพทย์ไม่นัดต่อ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นนี้ในถุงน้ำดีร่วมที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน(ERCP) และการผ่าตัดเปิดหน้าท้องตัดถุงน้ำดีร่วมกับการเปิดสำรวจท่อน้ำดี และตัดต่อทำทางผ่านน้ำดี สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่สนใจ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

2. ใช้เป็นเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง การขาดสารน้ำและเกลือแร่ การให้ข้อมูลการดูแลแผนการรักษาเพื่อดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว

3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยมีนิ่วในท่อน้ำดีที่บริเวณท่อน้ำดีร่วมขนาด 2 เซนติเมตร จำนวน 2 ก้อน ทำให้เป็นอุปสรรคในการทำ ERCP with EST with Balloon extraction with Stent Failure ไม่สามารถนำก้อนนิ่วออกมาได้และก้อนนิ่วที่อุดท่อน้ำดีร่วมขวางทางเดินของน้ำดี จึงเกิดถุงน้ำดีอักเสบส่งผลต่อร่างกายผู้ป่วยคือการทำงานของตับผิดปกติจึงเกิดตัวตาเหลือง มีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ทำให้มีการย่อยและดูดซึมอาหารไม่ดี ภาวะซีด รวมถึงอาการเบื่ออาหารทานอาหารได้น้อยทำให้ฟื้นตัวได้ช้า

2. การส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน(ERCP) ไม่สำเร็จส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว วิตกกังวลกลัวการผ่าตัดเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง ทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมาก

3. ผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ด้านการสื่อสารลดลง จากหูได้ยินไม่ชัดเจนทำให้ประสิทธิภาพการรับรู้ในการรับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดซ้ำ ต้องใช้เวลาในการสื่อสาร สมรรถนะการดูแลตนเองลดลง ทำให้ฟื้นตัวได้ช้า ลูก Early Ambulation ได้ช้า

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุโรคนี้ในถุงน้ำดี เข้าถึงบริการ ล่าช้า เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้ดูแลและรอให้คนพามาโรงพยาบาล อดทนต่ออาการปวดท้องไม่ยอมมาโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยนานกว่าจะมารับการรักษา มีอาการที่รุนแรงส่งผลให้การดูแลรักษาล่าช้า

2. เนื่องจากไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดีร่วมที่ชัดเจน โดยเฉพาะการประเมินอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีภาวะซีด และภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ทำให้การประเมินล่าช้า

9. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการของระบบนิ่วในน้ำดี การได้รับวินิจฉัยที่รวดเร็ว ด้วยเครื่องมือทันสมัย การรักษาโดยการส่องกล้อง ERCP จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้

2. ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้ในการเตรียมตัวส่องกล้องรักษา การเตรียมตัวผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดหน้าท้องและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อย่างถูกต้อง ครอบคลุม มีผลต่อการหายของโรค

3. พยาบาลต้องมีความรู้ วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลอย่างครอบคลุม ในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด แบบส่องกล้องและผ่าตัดหน้าท้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากการรักษา

4. ควรจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยหรือคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ไว้ใช้ในหน่วยงาน

10. การเผยแพร่ผลงาน

อยู่ระหว่างดำเนินการ

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางพิชญากร กীরติเตชาวุฒิ ผู้เสนออมีสิทธิ์ส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
พิชญากร


(นางพิชญากร กীরติเตชาวุฒิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) 27 / 11.ค. / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางพิชญากร กิรติเตชาวุฒิ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางอรัญญา พลเจริญ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

(วันที่) 28 / 8.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

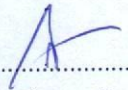
(ลงชื่อ) 

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 2 / 8.ค. / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ) 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 2 / 8.ค. / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 

(นายจรรยาพงษ์ กัปโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 9 ก.พ. 2567

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

.....

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury

2. หลักการและเหตุผล

อุบัติเหตุและการบาดเจ็บเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือเกิดความพิการ จากการรายงานความปลอดภัยบนท้องถนนองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2562 (Global Status Report on Road Safety, 2018) ในประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตที่ 32.8 ต่อแสนประชากร ผู้เสียชีวิตจำนวน 22,491 คน เฉลี่ยวันละ 60 คน อยู่อันดับที่ 9 ของประเทศสมาชิกทั้งหมด กระทรวงคมนาคม (2561) ของประเทศไทยรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน 79,117 รายและเสียชีวิต 8,366 รายการบาดเจ็บช่องท้องเป็นภาวะวิกฤตที่พบได้บ่อยจากอุบัติเหตุจราจร ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตทันทีหลังเกิดอุบัติเหตุมากกว่า ร้อยละ 50 (Immediate death) และอีกร้อยละ 30 จะเสียชีวิตในอีก 2-3 ชั่วโมงต่อมา (Early death) และที่เหลือร้อยละ 20 จะเสียชีวิตหลังเกิดเหตุการณ์ประมาณ 2-4 สัปดาห์ (Late death) เรียกว่า Trimodal distribution of trauma deaths² การบาดเจ็บช่องท้องจากยานพาหนะ พบบ่อยและเป็นอันตรายจากการกระแทกมีความรุนแรงเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและเสียชีวิตในระยะแรกและเสียชีวิตจากการติดเชื้อในช่องท้องภายหลัง (สุภาพรณี ตันท์สุระ, 2565) ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (3.4:1) อายุเฉลี่ย 35.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.4 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 15-45 ปี ร้อยละ 60.6 สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคืออุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 84.7 ลักษณะความผิดปกติของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่พบบ่อยที่สุดคือ เลือดออกในช่องท้อง (Hemoperitoneum) ร้อยละ 73.8 อวัยวะภายในช่องท้องที่บาดเจ็บมากที่สุดคือตับ ร้อยละ 34.4 รองลงมาคือไต ร้อยละ 14.8 ม้าม ร้อยละ 14.2 และการบาดเจ็บของลำไส้และเยื่อแวนลำไส้ ร้อยละ 11.5 การบาดเจ็บของต่อมหมวกไต ตับอ่อน และ กระเพาะปัสสาวะพบได้น้อย ผู้ป่วยส่วนมากรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด (non-operative management) ร้อยละ 78.7 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade IV-V) การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแวนลำไส้ (bowel and mesenteric injury) กระเพาะปัสสาวะแตก เข้าช่องท้อง เลือดออกในช่องท้องปริมาณมาก เลือดออกในท้องด้านหลัง และมีลมในช่องท้อง สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด (อรรวรรณ จุลปานนท์, 2565)

งานหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว รับผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและบาดเจ็บหลายระบบ จากข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance: IS) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2564-2566 มีผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 19,025 ราย, 19,736 ราย และ 20,317 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 6,598 ราย 6,235 ราย และ 6,229 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) จากการทบทวนเวชระเบียนหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ในปี 2564-2566 มีผู้ป่วย Blunt Abdominal Injury นอนพักรักษาตัว จำนวน 44 ราย, 41 ราย และ 39 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะ Blunt abdomen injury 1 ราย ซึ่งนับเป็นเหตุการณ์สำคัญอย่างยิ่งที่ผู้เสนอผลงานตระหนักเพราะแม้แต่ 1 ชีวิตก็ไม่อยากให้มีการสูญเสียและเป็นไปตามมาตรฐานของเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน), 2561) ปัจจุบันหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury ไม่ชัดเจน จึงทบทวนการพัฒนารูปแบบของการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระในการเฝ้าระวังดูแลส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาแนวทางการการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพประเมินและดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ตั้งแต่แรกเริ่มให้เกิดความมั่นใจในการดูแลของพยาบาล ตลอดจนผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการดูแล

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข แนวความคิดบทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆของประเทศไทย เป็นสาเหตุการตาย อันดับสองรองจากโรคมะเร็งและเป็นสาเหตุสำคัญของการพิการ จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข รายงานประจำปี 2560 มีอัตรา การเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 21-23 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ย 14,771 คนต่อปี ซึ่งการบาดเจ็บในช่องท้องเป็นตำแหน่งที่พบบ่อย อุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บช่องท้องแบ่งออกเป็นชนิดที่มีแผลทะลุ (penetrating abdominal injury) และไม่มีแผลทะลุ (blunt abdominal injury) ซึ่งชนิดหลังนี้วินิจฉัยได้ค่อนข้างยากเนื่องจากอาการและอาการแสดงมักไม่ชัดเจนในช่วงแรก ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย(อรรพรรณ จุลปานนท์, 2565) ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุเป็นภาวะวิกฤต มีภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดในช่องท้อง มีการวัดความดันในช่องท้องทุก 6 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องท้องสูงจากการเสียเลือดในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด และผ่าตัด ร่วมกับการติดตามสัญญาณชีพและรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ เพื่อป้องกันการนำสู่ภาวะไตวายเฉียบพลันจากภาวะ Abdominal compartment syndrome (ACS) จนนำไปสู่ภาวะ Multiple Organ Failure (MOFs) และเสียชีวิตได้ การวินิจฉัยที่รวดเร็วร่วมกับให้การรักษาพยาบาลได้อย่างทันที่หวังที่ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะฉุกเฉิน 2) ระยะวิกฤต 3) ระยะฟื้นฟู (สุภาพรณัฏ์ ตันธุ์สุระ, 2565)

ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury เน้นสัญญาณชีพที่วัดสามารถตรวจพบได้ อย่างรวดเร็ว ได้แก่ ความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และ อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) ซึ่ง เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยในระยะแรก ผลปรากฏว่า ถ้าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคล้ายกับรายงานฉบับอื่น ๆ หลายฉบับ โดย Sudhir G. Mehtac 2017 และคณะพบว่าถ้าผู้ป่วยมีภาวะสัญญาณชีพคงที่ความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทและอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 80 จากข้อมูล เห็นได้ว่าถ้าผู้ป่วยหลังได้รับอุบัติเหตุถ้าสามารถให้การช่วยเหลืออย่างทันที่หวังที่ ณ จุดเกิดเหตุ ไม่ว่าจะเป็นการหยุดเลือดหรือการให้สารน้ำที่เพียงพอก็สามารถช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้และถือว่าตัวปัจจัยพยากรณ์โรคที่ดีสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุแบบไม่มีแผลทะลุที่ได้รับการผ่าตัด (อติชาต ชมภูคำ, 2563) การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury เพื่อหผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Blunt abdominal injury ที่ชัดเจน โดยใช้หลักเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน), 2561)

ดังนั้นหากการเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury มีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต การรอดชีวิตของผู้ป่วย มีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในรูปแบบการดูแลของพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury ที่พัฒนาแล้ว
2. เพื่อให้มีการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ
4. เพื่อลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน สิงหาคม 2567 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2568

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีความเสี่ยง Blunt abdominal injury และญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

2.1 เกณฑ์ผู้ป่วยกลุ่ม injury กลุ่ม Blunt Abdominal injury คือ อุบัติเหตุ การชน การกระแทก โดยตรง เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ (Motor vehicle), อุบัติเหตุจักรยานยนต์ (Motorcycle), อุบัติเหตุคนเดินเท้า (Pedestrains), ตกจากที่สูง (Fall), การทำร้ายร่างกาย (Body assault)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง
2. จัดประชุมทีมที่เกี่ยวข้องและร่วมกันทบทวนปัญหาเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่ม Blunt Abdominal Injury เพื่อหาสาเหตุของปัญหาข้อมูลปัญหาจากการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลและประเด็นที่เป็นปัญหาโอกาสพัฒนา
3. นำเสนอปัญหากับทีมคลินิกสาขาศัลยกรรม และ Service Plan สาขาศัลยกรรม เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุในกลุ่มผู้ป่วย Blunt abdominal injury และร่างแนวทางการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury
4. พยาบาลวิชาชีพงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีความเสี่ยง Blunt abdominal injury และญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
 - 4.1 พยาบาลบันทึกในแบบประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมง ผิดปกติรีบรายงาน
 - 4.2 พยาบาลสังเกตอาการ เช่น อาการปวดท้อง เลือดออกและจัดบันทึกไว้ในแบบประเมินในใบสัญญาณชีพ ผิดปกติรีบรายงาน
 - 4.3 พยาบาลติดตามผลตรวจพิเศษต่าง ๆ ด้วย เช่น ผลอัลตราซาวด์ช่องท้องหากผลออกให้รีบรายงาน Staff เวย์
 - 4.4 พยาบาลทำสัญลักษณ์ที่ Chart ให้พยาบาลที่อยู่เวรให้รับทราบติดตามอาการและส่งเวรในเวรรับทราบทุกเวร
5. กำกับติดตามการทดลองใช้แนวทางการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury และประเมินผลการใช้
6. รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติปัญหาและอุปสรรคที่พบ
7. วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด

8. ประเมินผลการดำเนินการทดลองใช้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury

9. ประภาศใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีการนำแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury ที่ปรับปรุงแล้ว ไปปรับใช้กับโรคอื่นๆ

2. พยาบาลวิชาชีพหอศัลยกรรมหญิง มีความพึงพอใจในการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury

3. ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลของพยาบาลหอศัลยกรรมหญิง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางการพัฒนาแนวทางการการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury จำนวน 1 ฉบับ

2. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ใช้แนวทางการพัฒนาแนวทางการการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

3. ผู้รับบริการพึงพอใจในการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ Blunt abdominal injury มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

4. อุบัติการณ์การการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากภาวะ Blunt abdominal injury เท่ากับ 0

(ลงชื่อ).....*พิชญกร*.....

(นางพิชญกร กิรติเตชาวุฒิ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่).....*27* / *ธ.ค* / *2566*.....

ผู้ขอประเมิน