ประกาศจังหวัดสระแก้ว
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดสระแก้ว ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวภัทรภร บุญชู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายเชาวเนตร ยิ้มประเสริฐ)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

แนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวภัทรภร บุญชู	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๑๙๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๑๙๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น"					๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาแนวทางการเตรียมความสะอาดของลำใส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่"					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน **"แนบท้ายประกาศ"**					

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 21 มีนาคม 2567 - วันที่ 23 มีนาคม 2567 รวมระยะการดูแล 3 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

ลำไส้เล็กส่วนต้น หน้าที่หลักคือเปลี่ยนอาหารที่ย่อยแล้วบางส่วนและที่ยังไม่ถูกย่อยเคลื่อนที่ผ่านกล้ามเนื้อหูรูดระหว่างกระเพาะอาหารกับลำไส้เล็ก ซึ่งลำไส้เล็กสามารถหลั่งเอนไซม์หรือน้ำย่อยเพื่อใช้ในการย่อยได้เองและน้ำย่อยจากตับ ถุงน้ำดี และตับอ่อนจะไหลเข้าไปในลำไส้เล็กส่วนต้น เพื่อช่วยในการย่อยและดูดซึมสารอาหารส่งต่อไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย เนื่องจากลำไส้เล็กส่วนต้นเป็นส่วนหนึ่งของลำไส้เล็กที่อยู่ใกล้กับกระเพาะอาหาร จึงเสี่ยงต่อการบาดเจ็บเป็นพิเศษ หากมีกรดในกระเพาะอาหารมากเกินไป กรดดังกล่าวอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและในลำไส้เล็กส่วนต้นได้ หากแผลในกระเพาะอาหารที่ไม่ได้รับการรักษาจะทำลายชั้นของลำไส้เล็กส่วนต้นมากเกินไป สารคัดหลั่งภายในอาจรั่วไหลออกมาและทำลายหลอดเลือดแดงที่ลำไส้เล็กส่วนต้น เกิดแผลที่ลำไส้เล็กทำให้ผู้ป่วยเกิดเลือดออกรุนแรงซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข สาเหตุการตายจากแผลในกระเพาะอาหารและในลำไส้เล็กส่วนต้น ในปี 2564-2566 จำนวน 687 ราย, 980 ราย และ 710 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราตาย 1.1, 1.5, 1.1 ตามลำดับ ต่อประชากรแสนคน และอัตราตายเพศชายมากกว่าเพศหญิงในทุกปี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่เลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจำนวนเพิ่มมากขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก แผลลำไส้เล็กส่วนต้น แผลในกระเพาะอาหาร เส้นเลือดโป่งพองแตกในหลอดอาหาร หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา สูญเสียเลือดมากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่อชีวิตได้

จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี2565-2567 มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นในงานส่องกล้อง จำนวน 423 ราย, 484 ราย, และ 559 รายตามลำดับ แพทย์ส่องกล้องตรวจพบแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นและได้ทำการรักษา จำนวน 70 ราย, 74 ราย, และ 96 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 16.54, 15.28, 17.17 ตามลำดับ (งานส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2567) จากข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยแผลในลำไส้เล็กที่เข้ารับการรักษาด้วยการส่องกล้องมีแนวโน้มมากขึ้น ดังนั้นการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นมีส่วนสำคัญในการช่วยวินิจฉัย การรักษา และให้การพยาบาลอย่างทันท่วงทีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินจากการเสียเลือดนำไปสู่การเสียชีวิต รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ การปฏิบัติการพยาบาลก่อนส่องกล้อง ขณะส่องกล้อง หลังส่องกล้อง จึงมีความสำคัญ โดยต้องมีทักษะการประเมินสภาพ วางแผน วินิจฉัย และการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น จึงได้จัดทำกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อให้ผู้ป่วยรับการส่องกล้องอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือได้รับอันตราย จากการส่องกล้อง ในขณะเดียวกันพยาบาลส่องกล้องมีบทบาทอื่นร่วมด้วย เช่น การดูแลความสุขสบาย การดูแลด้านจิตใจ ช่วยแพทย์ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะต่อเนื่องถึงชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

แผลลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenal ulcer)

ความหมายของโรค (อรพรรณ สุวรรณประดิษฐ์, 2562)

แผลในลำไส้เล็ก หมายถึง การถลอกของแผลเปปติคตั้งแต่ 0.5 เซนติเมตรขึ้นไปของชั้น mucosa ในบริเวณเยื่อบุทางเดินอาหาร เกิดที่ลำไส้เล็ก เรียกว่า Duodenal ulcer (DU)

พยาธิรสรีรวิทยา

เกิดจากการเสียสมดุลของปัจจัย ที่ทำให้เกิดแผลและปัจจัยป้องกันการเกิดแผล ซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องดังต่อไปนี้ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2558)

1.การหลั่งกรดจากกระเพาะอาหาร

2.การหลั่งฮอร์โมน gastrin การเพิ่มการหลั่งกรดจากการกระตุ้นด้วยอาหารโปรตีน อาจเนื่องจากผู้ป่วยแผล duodenumเพิ่มการหลั่ง gastrin หรือไวต่อการกระตุ้นด้วย gastrin เชื่อว่าการเพิ่มระดับgastrin น่าจะขึ้นกับการติดเชื้อ H. pyloriเพราะเชื้อนี้เพิ่มระดับในคนปกติและผู้ป่วยแผลduodenum

3.การบีบตัวของกระเพาะอาหาร (gastric emptying) การศึกษาพบว่าอาหารเหลวผ่านจากกระเพาะอาหารเร็วว่าปกติในผู้ป่วยแผล duodenum ซึ่งการที่กระเพาะอาหารบีบตัวเร็วอาจมีผลให้อาหารยังไม่ได้คลุกเคล้ากับน้ำย่อยส่วนหนึ่งลงสู่ duodenum

4.ระดับ pepsinogens และ pepsin ในภาวะที่มีกรดร่วมกับ pepsin จะมีผลให้เกิดแผลมากกว่ามีกรดอย่างเดียว ปกติ pepsinogen จะถูกเปลี่ยนให้เป็นน้ำย่อย pepsin ด้วยกรดเกลือ

5.การติดเชื้อ Helicobacter pylori เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ รูปเกลียวติดทางอาหารพบในกระเพาะอาหารส่วน antrum เชื้อหลั่งสารสื่อก่อนการอักเสบกระเพาะส่วนนี้เป็นแหล่งเพาะเชื้อและส่งลงไป duodenumกรดจำนวนมากไหลลง duodenum ระคายเคืองเยื่อบุเรื้อรังจนทำให้เยื่อบุเปลี่ยนแปลงอักเสบเกิดแผลได้

6.ความผิดปกติของกลไกป้องกันเยื่อบุผิว

6.1 ชั้นเมือกหรือการหลั่งสารคาร์บอเนต Isenberg และคณะศึกษาพบความผิดปกติของกลไกการปรับดุลกรดใน duodenum ของผู้ป่วยแผล duodenum โดยผู้ป่วยร้อยละ 70 มีการหลั่งไบคาร์บอเนตลดต่ำกว่าปกติ

6.2 กลไกการป้องกันของเซลล์เยื่อบุผิว การอักเสบมีผลทำลายเยื่อกั้นของเซลล์เยื่อบุผิวถูกทำลายเปิดช่องให้เซลล์เยื่อบุผิวถูกทำลายได้ง่ายด้วยแอลกอฮอล์และแอสไพรินสารที่เกิดจากการอักเสบและยาแก้อักเสบกลุ่ม NSAID

6.3 การไหลเวียนเลือดของเยื่อบุผิว การอักเสบมีผลให้การไหลเวียนเลือดสู่เยื่อบุผิว ลดลง ส่งผลให้เซลล์เยื่อบุผิวไม่สามารถป้องกันกรดกลับเข้าในเยื่อบุผิว

สาเหตุ

สาเหตุมีดังนี้ (อรพรรณ สุวรรณประดิษฐ์, 2562)

1.เชื้อ Helicobacter pylori เป็นเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระเพาะอาหาร

2.ยาแก้อักเสบกลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือ เอ็นเสด (Non-steroidal anti-inflammatory crugs หรือ NSAIDs) เช่น ยาแอสไพริน (aspirin), ไอบูโพรเฟน (ibuprofen), นาพร็อก เซน (naproxen)

3.กรรมพันธุ์ คนที่มีประวัติเครือญาติเป็นโรคกระเพาะอาหารก็มักมีโอกาสที่เป็นโรคกระเพาะอาหารมากถึง 3 เท่า ของคนปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สาเหตุ (ต่อ)

4.การสูบบุหรี่ มีผลต่อการผลิตกรดและ pepsin ให้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่จะมีผลต่อการยับยั้งการผลิตพรอสตาแกรนดิน (Prostaglandin) ทำให้มีโอกาสเกิดแผลได้ง่ายขึ้น แผลหายช้าและมีโอกาสกับมีแผลอีกครั้งง่ายกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

5.แอลกอฮอล์ มีฤทธิ์ทำลายเยื่อบุผิวกระเพาะอาหาร โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูง เช่น สุราขาว สุราหมักพื้นบ้าน

6.เครื่องดื่มประเภทโคล่า ชา กาแฟ การดื่มเครื่องดื่มประเภทนี้ในความเข้มข้นสูงหรือดื่มติดต่อกันเป็นเวลานานจะมีผลต่อการผลิตกรด และ pepsin ที่มากขึ้นโดยเฉพาะเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน

7.อาหาร การรับประทานอาหารประเภทไขมันและแป้งมากเกินไป อาหารที่ย่อยยากประเภทเนื้อสัตว์ อาหารรสจัด เช่น รสเค็ม รสเผ็ด รสเปรี้ยว อาหารเหล่านี้กระตุ้นการผลิตกรดและ pepsin ให้มากขึ้น

8.การรับประทานอาหารไม่ตรงต่อเวลา เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด การรับประทานอาหารก่อนเข้านอน มีผลกระตุ้นการผลิตกรดและ pepsin

9.ความเครียดมีผลต่อการผลิตกรดและ pepsin ที่เพิ่มขึ้น

10.การผลิตกรดและ pepsin ที่มากกว่าปกติ ทำให้เกิดการหลั่งกรดมาก

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีแผลในลำไส้เล็กมีดังนี้ (อรพรรณ สุวรรณประดิษฐ์, 2562)

1.ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องแบบแน่นๆ มีลมดันในท้องหรือมีอาการแน่นท้อง เป็น ๆ หาย ๆ ปวดท้องบริเวณตรงกลางกระเพาะอาหารและปวดร้าว บริเวณใต้ลิ้นปี่มีปวดแสบปวดร้อนบริเวณยอดอก จะปวดเวลาหิวและท้องว่างเวลากลางคืนทำให้ผู้ป่วยต้องตื่นกลางดึกระหว่างเวลา 24.00-03.00 น. อาการปวดจะดีขึ้นภายหลังรับประทานอาหาร หรือยาลดกรด บางรายอาจมีอาการอาเจียนและเบื่ออาหารร่วมด้วย

2.อาการอืดแน่นท้อง มีลมในท้อง

3.คลื่นไส้ และความอยากอาหารลดลง

4.อาเจียนเป็นเลือดกรณีที่มีการถลอกบริเวณหลอดเลือด

5.ถ่ายดำกรณีที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเรื้อรัง

ภาวะแทรกซ้อนของแผลลำไส้เล็ก

แผลลำไส้เล็กเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ (อรพรรณ สุวรรณประดิษฐ์, 2562)

1.ภาวะเลือดออก (hemorrhage) คือ การมีเลือดออกจากส่วนใดส่วนหนึ่งของทางเดินอาหารแบ่งตามตำแหน่งของอวัยวะที่มีเลือดออก ได้แก่ เลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบน (upper gastrointestinal hemorrhage [UGIH]) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากการถลอกในบริเวณที่มีหลอดเลือดเป็นภาวะที่เกิดอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการอาเจียนเป็นเลือด (hendenesis) หรือถ่ายดำ (melena) หรือมีอาการของการเสียเลือด เช่น หน้ามืดเป็นลม เหนื่อย อ่อนเพลีย ถ้าเสียเลือดมากจะเกิดภาวะช็อกและทำให้เสียชีวิตได้

2.ผนังของกระเพาะหรือลำไส้ทะลุ (perforation) ทำให้กรดและอาหารทะลุเข้าสู่ช่อง ท้องได้ทำให้เกิดการอักเสบของช่องท้องและตับอ่อน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องแบบเฉียบพลัน ค่อนข้างรุนแรง การตรวจร่างกายพบท้องแข็งเกร็ง (board-like rigidity)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (นภชนก รักษาเคน, 2562)

การวินิจฉัยแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น มีดังนี้

1.การซักประวัติอาการต่างๆ เช่น อาการปวดและปฏิกิริยาต่ออาหาร

2.การตรวจร่างกายเพื่อดูสัญญาณและแหล่งที่มา อื่นๆ ของอาการปวดลำไส้หรือการอุดตัน

3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,Coag,E lyte,LFT

4.การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษ การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น (EGD)เพื่อตรวจหาแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นช่วยให้แพทย์แก้ไขสาเหตุของแผล เช่น ใช้จี้ไฟฟ้า อุปกรณ์ห้ามเลือด ฉีดยาช่วยห้ามเลือดที่ออกจากแผลลดความจำเป็นในการผ่าตัด

5.การสแกนเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)เพื่อให้ได้ภาพรายละเอียดของลำไส้เล็กส่วนต้นและเนื้อเยื่อโดยรอบ

6.การทดสอบการกลืนแบเรียมซึ่งใช้ของเหลวที่มีสีในทางเดินอาหารเพื่อทำให้แผลได้ เป็นการตรวจที่มีความไว ความจำเพาะ และมีความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคต่ำ

7.การตัดตรวจชิ้นเนื้อจากลำไส้เล็กส่วนต้นเพื่อทดสอบแบคทีเรียH. pylori

8.การทดสอบวินิจฉัยอื่น ๆ เช่น การทดสอบลมหายใจUPTการทดสอบแอนติเจนในอุจจาระ

การรักษา

การรักษามี 2 ระยะดังนี้ (นภชนก รักษาเคน, 2562)

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน เพื่อช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะช็อค ซึ่งเป็นอันตรายที่ทำให้เสียชีวิต โดยผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำและผลิตภัณฑ์ของเลือด เพื่อทดแทนเลือดที่สูญเสียไปและป้องกันหรือแก้ไขภาวะช็อค การใส่สายยางทางจมูก และการล้างกระเพาะอาหาร เพื่อยืนยันว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นจริง จากนั้นพิจารณารักษาตามสาเหตุของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นดังนี้

1.1 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่หลอดเลือดโป่งพองหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาโดยการส่องกล้อง (endoscopic therapy) การฉีดอะดรีนาลิน (adrenaline) การฉีดสารสเคอโรแซนท์ (sclerosants) การใช้กาวไฟบริน (fibrin glue) การจี้โดยใช้ความร้อน (heater probe) เลเซอร์ (laser) การรักษาโดยการฉีดสารผ่านทางหลอดเลือด การรักษาโดยการผ่าตัด และการรักษาด้วยยาลดการหลั่งกรด ประกอบไปด้วย ยากลุ่มด้านตัวรับฮีสตามีนทู ยากลุ่มยับยั้งโปรตอนปั๊ม เป็นต้น

1.2 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร เช่น การรักษาโดยการใส่บอลลูนกด (ballon temponade) วิธีการรักษาโดยผ่านส่องกล้องเปิดเส้นเลือดลัดภายในตับ

2. การรักษาระยะอาการคงที่ การรักษาในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการหายของแผลในทางเดินอาหารส่วนต้น เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมีอาการคงที่แล้วแพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยการให้ยาโดยพิจารณาตามสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารมีการรักษาด้วยยาลดการหลั่งกรด ยาในกลุ่มที่ทำหน้าที่ปกป้องกระเพาะอาหารและกลุ่มยาปฏิชีวนะ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2.2การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหารหรือหลอดอาหารจะให้การรักษาโดยการใช้ยาในกลุ่มที่มีคุณสมบัติลดปริมาณการหลั่งกรดรวมกับยากลุ่มที่มีคุณสมบัติลดการไหลเวียนเลือดในช่องท้อง ได้แก่ ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า และยาในกลุ่มที่มีคุณสมบัติลดปริมาณการหลั่งกรด

การพยาบาล

การพยาบาลส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น 3 ระยะ ดังนี้ (ยูมัยละ เล็กหีม, 2563)

1.การพยาบาลก่อนการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจเพื่อการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการตรวจรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลต้องเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยนัดมาส่องกล้อง โดยศึกษาประวัติจากเวชระเบียนและจากการพูดคุยซักถามอาการโดยตรงจากผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลในระยะต่อไป นำไปสู่ความไว้วางใจและการให้ความร่วมมือจากผู้ป่วยส่งผลให้การตรวจรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ได้แก่

1.1 การงดน้ำงดอาหารทุกชนิดตั้งแต่เที่ยงคืนหรืออย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการทำให้กระเพาะอาหารว่าง เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการอาเจียนและสำลักเอาเศษอาหารเข้าไปขณะทำหัตการ

1.2 การรักษาความสะอาดของปากและฟัน คืนวันส่องตรวจและเช้าวันตรวจ แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟันเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของช่องปากและทางเดินหายใจส่วนต้น ถ้ามีฟันโยกคลอนให้ผู้ป่วยแจ้ง รวมทั้งในกรณีผู้ป่วยใส่ฟันปลอมให้ถอดออกในวันส่องกล้องเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการเลื่อนหลุดและอุดกั้นทางเดินหายใจ

1.3 การตรวจสอบประวัติโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ในรายที่เป็นความดัน โลหิตสูง แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงกับน้ำเล็กน้อยประมาณ 30 cc. ในเช้าวันที่ทำการส่องตรวจ และรายที่เป็นเบาหวานให้งดยาเบาหวาน ทั้งยาฉีดและยากิน

1.4 ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา เนื่องจากจะได้รับการพ่นยาชาที่คอ หากมีประวัติแพ้ยา พิจารณาแจ้งแพทย์ให้ทราบ

1.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ได้แก่ CBC, Coagulogram, Liver function test ผู้ป่วยที่มีอายุ50ปีขึ้นไปต้องมีผลตรวจ Chest X-ray และผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG

1.6 การตรวจดูความพร้อมของเอกสาร ได้แก่ การลงนามยินยอมในการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการตรวจรักษา

1.7 การตรวจสอบประวัติการรับประทานยาละลายลิ่มเลือดเช่น Aspirin,Plavix โดยเฉพาะในรายที่มีการทำหัตถการเช่น Biopsy, Polypectomy ต้องงดยาดังกล่าวก่อนการตรวจอย่างน้อย 7 วัน เพื่อป้องกันการตกเลือด

1.8 การถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะออก เนื่องจากในการตรวจอาจต้องมีการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า โลหะจะเป็นตัวนำไฟฟ้าซึ่งจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้

1.9 สอบถามผู้ป่วยมีฟันโยกหรือฟันปลอมชนิดถอดได้หรือไม่ โดยเฉพาะฟันปลอม ถ้ามีดูแลให้ผู้ป่วยถอดฟันปลอมออกให้เรียบร้อยก่อนการส่องกล้อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.10 เตรียมและตรวจสอบความพร้อมของกล้อง Gastroscope เครื่อง suction เครื่องจี้ไฟฟ้าอุปกรณ์ห้ามเลือด เช่น เข็มฉีดอะดรีนาลีน คลิปหนีบห้ามเลือด

1.11 ลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ Tendo ชื่อ นามสกุล อายุ HN ก่อนส่องกล้อง แพทย์ผู้ทำการตรวจ

1.12 แนะนำให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง วัดและประเมินสัญญาณชีพ ซักประวัติการแพ้ยาชา พ่นยา 10% xylocaine spray 3 puff x 2 ครั้งในลำคอ

1.13 จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ก้มคอให้คางชิดอก

1.14 ใส่ mouth guard ให้อยู่ระหว่างฟันของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกัดกล้อง ระวังริมฝีปากไม่ให้มีการกด ในระหว่างใส่ mouth guard และเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้นในการใส่ mouth guard ถ้าผู้ป่วยมีฟันโยกเพื่อป้องกันฟันหลุดตกลงไปในหลอดลม

2. การพยาบาลขณะส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

2.1 ขณะแพทย์ใส่กล้องส่องเข้าช่องปากผู้ป่วย พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยช่วยกลืน ขณะที่กลืนกล่องเสียงจะยกตัวขึ้นและหูรูดของหลอดอาหารส่วนบนจะคลายตัว ทำให้สามารถใส่กล้องเข้าไปได้ง่าย

2.2 ขณะที่แพทย์ส่องกล้อง ดูแลวัดสัญญาณชีพและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที ค่า oxygen saturation ไม่ต่ำกว่า 95 % เพื่อประเมินภาวะช็อคจากเลือดออกผิดปกติซึ่งมีอาการแสดงเช่น ชีพจรเต้นเร็วกว่าเดิม10-20ครั้งต่อนาที และ ความดันโลหิตต่ำกว่าปกติมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท และ pulse pressure แคบ รายงานแพทย์

2.3 ขณะที่ทำการส่องกล้องพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ห้ามกลืนน้ำลายเพราะอาจทำให้เกิดอาการสำลัก และให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำตลอดระยะเวลาในการส่องกล้อง

2.4 กรณีตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบ พยาบาลผู้ช่วยแพทย์ส่องกล้องตรวจสอบตำแหน่งที่ตัดชิ้นเนื้อ ชื่อ-นามสกุล HN ให้ถูกต้อง พร้อมสั่ง lab ในระบบ HOSxP

3. การพยาบาลหลังส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

3.1 ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึกๆ สังเกตลักษณะการหายใจ เสียงหายใจที่ผิดปกติ โดยประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที จนกว่าสัญญาณชีพปกติ หรือตามสภาวะของผู้ป่วยและรายงานแพทย์ หากพบอาการผิดปกติ

3.2 อธิบายผลการตรวจให้ผู้ป่วย และญาติรับทราบ

3.3 อธิบายให้ผู้ป่วยอาการชาที่คอจะชานาน 30 นาทีและแนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเปล่า ห้ามครากเสมหะหรือไอแรงๆ ให้สังเกตน้ำลายที่บ้วนออกมา อาจมีเลือดปนบ้างเล็กน้อย แต่ถ้ามีเลือดออกมากผิดปกติให้รายงานแพทย์

3.4 แนะนำผู้ป่วยห้ามดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารจนกว่าคอจะหายชา เมื่อคอหายชาแล้ว ให้ทดลองจิบน้ำ ถ้าไม่สำลักจึงดื่มได้และรับประทานอาหารได้

3.5 อธิบายผู้ป่วยภายหลังการตรวจ อาจมีอาการเจ็บคอ

3.6 แนะนำผู้ป่วยสังเกตภาวะแทรกซ้อนเช่น มีไข้สูง กลืนลำบาก เจ็บหน้าอก ปวดท้องมาก อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ เมื่อกลับไปบ้านถ้ามีอาการดังกล่าวให้กลับมาพบแพทย์

3.7 ให้คำแนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่งและมาตรวจตามนัดเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง

3.8 กรณีตัดชิ้นเนื้อ ส่งตรวจ Patho ออกใบนัดฟังผล 2-3 สัปดาห์ กรณีเร่งด่วนนัด 1สัปดาห์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาลระยะฟื้นฟู

1.สังเกตและเฝ้าระวังภาวะเลือดออก ลำไส้ทะลุ

2.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

3.ประเมินความปวดและแนะนำการจัดการความปวด เพื่อให้เกิดความสุขสบาย

4.ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้ตรงเวลา

5.ส่งเสริมและสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้สอบถามกับแพทย์ละพยาบาลเกี่ยวกับโรคและการรักษาปัจจุบัน

การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.ให้ความรู้เรื่องอาการที่เป็นให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงอาการที่เป็นรุนแรง และความเสี่ยงที่เกิดขึ้น หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

2.ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและยาอย่างสม่ำเสมอ

3.แนะนำสังเกตอาการที่ผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด

4.และนำให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงการมาตรวจติดตามนัดอย่างต่อเนื่อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 80 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4
ที่อยู่ จังหวัดสระแก้ว อยู่ในความผู้ดูแลของ ลูกสาว

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 21 มีนาคม 2568 02.35 น.
วันที่รับไว้ดูแล 21 มีนาคม 2568 08.30 น.
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 25 มีนาคม 2568 12.00 น.
วันที่จำหน่ายจากการดูแล 23 มีนาคม 2568 11.30 น.
รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 5 วัน
รวมวันที่รับไว้ดูแล 3 วัน
รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องส่องกล้อง 30 นาที
แหล่งที่มาของข้อมูล ประวัติการตรวจส่องกล้อง การสัมภาษณ์จากผู้ป่วย ลูกสาว และเวชระเบียนผู้ป่วย
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย อาเจียนเป็นเลือด สีแดงสด 2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สีแดงสด 1 ครั้ง 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดท้อง เป็นๆ หายๆ ซื้อยามารับประทานเอง ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติ

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนเป็นเลือด สีแดงสด 2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สีแดงสด 1 ครั้ง ไปโรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยเลือดออกทางเดินอาหาร แรกรับที่ห้องฉุกเฉินรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/54 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Room air) 98% ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,BUN,Cr,Elye,LFT,Coag ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ film acute abdomen series ใส่สายยางทางจมูก สวนล้าง 500 มิลลิลิตร ขณะสวนล้างพบเลือด สีดำ ปริมาณ 50 มิลลิลิตร สวนล้างครบ 500 มิลลิลิตรไม่พบเลือดเพิ่ม ให้ยาลดกรด Omeplazole 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทันที ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมโรงพยาบาลประจำจังหวัด ให้งดน้ำและอาหาร ให้ยาลดหลั่งกรด Pantroprazole 80 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที จากนั้นให้ Pantroprazole 8 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง Transmine 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทันที ให้ Vitamin K1 30 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทันที ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์พิจารณาส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและวางแผนส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD) พรุ่งนี้เช้า

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 21 มีนาคม 2567

เวลา 02.35 น. แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าอ่อนเพลีย ถามตอบรู้เรื่อง อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 143/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ได้รับ O2 Cannula 3 ลิตรต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย มีสายยางทางจมูกต่อถุง มีเลือดสีแดงสดก้นถุง ปริมาณ 20 มิลลิลิตร ใส่สายสวนปัสสาวะ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

ปริมาณปัสสาวะ 300 มิลลิลิตร สีเหลืองใส ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับ Pantroprazole 8 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematocrit 18 เปอร์เซ็นต์ แพทย์พิจารณาจองเลือด PRC หมู่เลือด O 2 unit เริ่มให้ Unit ที่ 1 เวลา 04.50 น. ให้ผู้ป่วยได้รับเลือด PRC หมู่เลือด O 1 unit ปริมาณ 360 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำใน 4 ชั่วโมง (Unit ที่ 1) ไม่พบผื่นคัน หรือแน่นหน้าอก ไม่พบหายใจหอบเหนื่อยขณะให้เลือด ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง ควบคุมความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร น้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที ควบคุมปริมาณปัสสาวะมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง ติดตามคีย์ข้อมูลผู้ป่วยในระบบห้องผ่าตัดเพื่อส่องกล้อง EGD พรุ่งนี้เช้า

เวลา 08.30 น. เยี่ยมอาการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย รับผู้ป่วยไว้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97% ได้รับ O_2 Cannula 3 ลิตรต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย มีสายยางทางจมูกต่อถุง มีเลือดสีแดงก้นถุง ปริมาณ 20 มิลลิลิตร ได้รับเลือด PRC หมู่เลือด O 1 unit ปริมาณ 360 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำใน 4 ชั่วโมง (Unit ที่ 1) เลือดเหลือก้นถุง ไม่มีผื่นคัน หรือแน่นหน้าอก ไม่พบหายใจหอบเหนื่อยขณะให้เลือด มีสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณ 200 มิลลิลิตร สอบถามผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการส่องตรวจและการให้ยาระงับความรู้สึก อธิบายการปฏิบัติตัวในการส่องกล้อง และการให้ยาระงับความรู้สึกเบื้องต้นให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อที่สงสัย จนคลายความวิตกกังวล มีความพร้อมส่องกล้อง ตรวจสอบเอกสารเซ็นยินยอมการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น พร้อมแนะนำให้ตระหนักถึงการงดน้ำและอาหารทางปาก ถอดฟันปลอม ถอดของมีค่าเรียบร้อย เยี่ยมอาการเสร็จสิ้น 09.00 น. รวมระยะเวลาเยี่ยม 30 นาที

ระยะก่อนส่องกล้อง เวลา 11.00-11.15 น. หน้าห้องส่องกล้องประเมินซ้ำก่อนส่อง พยาบาลแรกรับผู้ป่วยที่หน้าห้องส่องกล้อง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97% ได้รับ O_2 Cannula 3 ลิตรต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย ได้รับ Pantroprazole 8 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง แพทย์พิจารณาถอดสายยางทางจมูกออก มีเลือดสีแดงก้นถุง เท่าเดิม ตรวจสอบเวชระเบียน ลงนามเซ็นยินยอม และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การแพ้ยาชนิดต่างๆ การงดน้ำและอาหารครบ 8 ชั่วโมง การมีฟันปลอมฟันโยก ระบุตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการส่องกล้องผิดคน ผิดหัตการ ถ้าพบสิ่งผิดปกติส่งต่อข้อมูลให้ทีมส่องกล้องรับทราบ ผู้เสนอผลงานจัดเตรียมสถานที่ เครื่องผ้า k-wire jelly เครื่อง suction ดูดเลือดหรือเสมหะ ดูดลม เครื่องกำเนิดแสง เครื่องพิมพ์ภาพ เครื่องบันทึกภาพระบบวิดีทัศน์ ลงทะเบียน Tendo เตรียมสารน้ำ Sterile water ใช้ล้างหน้าเลนส์ของกล้องที่เปื้อนเลือด เสมหะ หรือเศษอาหาร Band ligation,Hemoclip ใช้ห้ามเลือดฉุกเฉิน เตรียมสายฉีดและยาฉีดผ่านกล้องและเครื่องจี้ห้ามเลือด เครื่องมือและอุปกรณ์ทุกอย่างต้องเตรียมและทดสอบให้พร้อมใช้งานก่อนใช้กับผู้ป่วยทุกครั้งและมีจำนวนเพียงพอในการใช้งาน

ระยะขณะส่องกล้อง เวลา 11.15 น. ในห้องส่องกล้องตรวจสอบข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียน ป้ายข้อมือและหัตการที่ส่องกล้อง ประเมินเพื่อความถูกต้องปลอดภัยของผู้ป่วย พ่นยาชาที่คอ เพื่อเกิดชาบริเวณช่องปาก คอ เมื่อพ่นยาเสร็จ ให้ผู้ป่วยกลืนยาช้าๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยลำสักยาลงปอด สังเกตอาการข้างเคียงหลังพ่นยาชา ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ได้รับ O_2 Cannula 3 ลิตรต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย จัดท่านอนตะแคงซ้าย งอเข่า 2 ข้างชิดอก แขน 2 ข้างแนบลำตัว เอียงหน้าลง ผู้ช่วยคนที่ 1 ยืนอยู่เหนือศีรษะผู้ป่วย ช่วยจับ Mouth guard ให้อยู่กับที่ แพทย์ทำการสอดใส่กล้องเข้าไปในปาก ผู้ช่วยคนที่1 แนะนำช่วยกลืน ขณะส่องตรวจส่องตรวจหลอดอาหาร แนะนำการหายใจทางจมูก ไม่ให้หายใจทางปากเพราะหากอาเจียนทำให้เป็นการกระตุ้นให้เลือดออกมากขึ้น มีน้ำลายปล่อยให้ไหลทางมุมปาก ไม่กลืน จะทำให้สำลัก เมื่อกล้องเข้าสู่กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กจะรู้สึกแน่นท้อง เนื่องจากแพทย์เป่าลม ให้เห็นความผิดปกติได้ชัดเจน แพทย์ตรวจพบแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น พิจารณาฉีดยาอะดรีนาลีน 10 มิลลิกรัม และจี้ห้ามเลือด ผู้ช่วยคนที่ 2 (ผู้เสนอผลงาน) ส่งสายฉีดที่ผสม 5%DW 9 มิลลิลิตร และอะดรีนาลีน 10 มิลลิกรัม ฉีดตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งสายจี้ห้ามเลือด ปรับความแรงในการจี้ตามแผนการรักษา พร้อมหล่อลื่นสายด้วยน้ำตลอด เพื่อป้องกันสายจี้อุดตัน ขณะส่องกล้องติดตามดูแลทางเดินหายใจและสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที แพทย์ส่องกล้องเสร็จ ดึงกล้องออกทางปากผู้ป่วย ส่งให้พยาบาลล้างกล้องเพื่อทำความสะอาดต่อไป ผู้ช่วยคนที่ 1 ดูแลความสะอาดปากให้เรียบร้อย ประเมินสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ได้รับ O_2 Cannula 3 ลิตรต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย ส่องกล้องเสร็จสิ้น เวลา 11.45 น. รวมระยะเวลาในการส่องกล้อง 30 นาที หลังส่องกล้องร่วมให้ข้อมูลผลการส่องตรวจรักษา และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมข้อมูลเวชระเบียน และรูปภาพการส่องกล้องจากระบบ Tendo สังเกตอาการทุก 5 นาที 3 ครั้ง

เวลา 12.00 น. ส่งกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียสชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 151/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด 99% ได้รับ O_2 Cannula 3 ลิตรต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย แพทย์พิจารณาให้ได้รับ PRC หมู่เลือด O (Unit ที่ 2) ต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

วันที่ 22 มีนาคม 2567

ระยะหลังส่องกล้อง

เวลา 13.00 น. ติดตามเยี่ยมอาการ 1 วันหลังส่องกล้อง ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าอ่อนเพลีย แพทย์ให้งดน้ำและอาหารต่อเนื่อง ได้รับ pantoprazole 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ 8 มิลลิกรัมต่อ 1 ชั่วโมง ผลเลือด Hematocrit 23 เปอร์เซ็นต์ ได้รับเลือด PRC หมู่เลือด O 1 Unit ปริมาณ 280 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ใน 4 ชั่วโมง (Unit ที่ 3) ขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยไม่มีผื่นคัน หรือแน่นหน้าอก อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ได้รับ O_2 Cannula 3 ลิตรต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ ไม่ปวดท้อง ไม่มีท้องอืด ประเมินหน้าท้องนุ่ม ผายลมออก ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน แพทย์พิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะ ถ้าหาก 4 ชั่วโมงไม่มีปัสสาวะให้แจ้งพยาบาลเจ้าของไข้ แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องรุนแรง อาเจียนเป็นเลือดถ่ายดำ แจ้งพยาบาลผู้ดูแลเพื่อรายงานแพทย์ ใช้เวลาเยี่ยมถึงเวลา 13.30 น. รวมระยะเวลาเยี่ยม 30 นาที

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 23 มีนาคม 2567

เวลา 11.00 น. ติดตามเยี่ยมอาการ 2 วันหลังส่องกล้อง ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97% หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่ปวดท้อง ท้องนิ่ม ผายลมออก ผลเลือด Hematocrit 26 เปอร์เซ็นต์ ได้รับ 0.9% NSS 1,000มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อ 1 ชั่วโมง ได้รับเลือด PRC หมู่เลือด O 1 Unit ปริมาณ 200 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ใน 4 ชั่วโมง (Unit ที่ 4) หยุดให้สารน้ำขณะให้เลือด แพทย์พิจารณาให้จิบน้ำได้ ไม่มีลำลัก ผู้ป่วยลุกจากเตียง นั่งบนเตียงได้ ลูกสาวคอยดูแล แนะนำผู้ป่วยและลูกสาวเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวหลังส่องกล้อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แนะนำเลิกบุหรี่และรับประทานยาบรรเทาอาการปวดเท่าที่จำเป็น แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่มาพบแพทย์ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ปวดท้องรุนแรง ให้ไปพบแพทย์ใกล้บ้าน ญาติและผู้ป่วยรับทราบเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้อง สามารถตอบทวนความรู้ได้ถูกต้อง ไม่มีข้อซักถามเพิ่ม ใช้เวลาเยี่ยมถึงเวลา 11.30 น. รวมระยะเวลาเยี่ยม 30 นาที

วันที่ 25 มีนาคม 2567 แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การพยาบาลก่อนส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้อง

การพยาบาลขณะส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการทะลุของลำไส้เล็กส่วนต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจากการทำหัตการตรวจรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำ และอิเล็กโทรไลท์ เนื่องจากผู้ป่วยงดน้ำ และอาหารก่อนการส่องกล้อง

การพยาบาลหลังส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสท้องอืด เนื่องจากขณะส่องกล้องจำเป็นต้องเป่าลม

การพยาบาลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานส่องกล้อง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 1 ราย

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น รวมถึงแนวคิดทางการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่ายก่อนก่อนกลับบ้าน

4.2.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน

4.2.8 เรียบเรียงผลงาน เขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3.เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 21 มีนาคม 2567 เวลา 08.30 น. ถึงวันที่ 23 มีนาคม 2567 เวลา 11.30 น.รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 3 วัน รวมระยะการดูแลในห้องส่องกล้อง 30 นาที

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยแผลลำไส้เล็กส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง และไม่มีโรคแทรกซ้อนระหว่างการพักรักษาตัว แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้โดยมีการวางแผนจำหน่าย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 สามารถใช้เป็นเอกสารประกอบการศึกษาและจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลลำไส้เล็กส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นของหน่วยงาน เพื่อเพิ่มสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเฉพาะทางมากยิ่งขึ้น

6.2 หน่วยงานมีแบบแผนการปฏิบัติการพยาบาล นำความรู้ไปใช้ในการให้คำแนะนำ เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกลัว ความวิตกกังวล ได้รับความพึงพอใจในด้านบริการพยาบาล และได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ป่วยและญาติ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา แพทย์ส่องกล้องตรวจพบแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น พิจารณาฉีดยาห้ามเลือด ตำแหน่งกายวิภาคของลำไส้เล็กในการส่องกล้องค่อนข้างยากต่อการใส่อุปกรณ์เพื่อฉีดยา และจี้ไฟฟ้าห้ามเลือด โดยการใช้อุปกรณ์อย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดออกเพิ่มมากขึ้น และเกิดลำไส้เล็กทะลุ บทบาทพยาบาลส่องกล้องจึงมีความสำคัญในการเตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือดให้พร้อมใช้งาน เหมาะสมกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นแล้ว ยังต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

8.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ต้องเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที การพูดคุยกับผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาทั้งข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการส่องกล้อง ต้องมีการอธิบายซ้ำ ๆ และอธิบายซ้ำ ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน โดยให้ญาติมีส่วนร่วมรับฟังตลอดการให้คำแนะนำ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจกายวิภาคของระบบทางเดินอาหารส่วนต้น และทักษะการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร การเตรียมอุปกรณ์ส่องกล้องอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งต้องมีการประเมินอาการ และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งก่อน ขณะ และหลังส่องกล้อง พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมหากผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

9.2 การดูแลด้านจิตใจกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้สอบถามและตอบคำถามในส่วนที่สงสัย การสื่อสารในการให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

10. การเผยแพร่ผลงาน

-

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ภัทรภร บุญชู.....

(นางสาวภัทรภร บุญชู) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....11...../.....มีนาคม...../.....2568.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวภัทรภร บุญชู	ภัทรภร บุญชู

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางจิราภรณ์ นาสีบ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ด้านการตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษ)

หัวหน้างานส่องกล้อง

(วันที่) 31 / มีนาคม / 2568

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 18 / เมษายน / 2568

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๒๘ เม.ย. ๒๕๖๘ /.....

(ลงชื่อ).....

((นายธรามนงษ์ ถังโภ).....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 5 พ.ค. 2568 /.....

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง การพัฒนาแนวทางการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2.หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากมีอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตสูงมาก ข้อมูลจากเขตสุขภาพที่ 6 ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยที่ส่องกล้องลำไส้ใหญ่พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ 931, 1,226, 1,390 รายตามลำดับ(ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2568) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นมะเร็งที่สามารถทำการตรวจหาได้ตั้งแต่อยู่ในระยะเริ่มแรก ซึ่งสามารถทำการรักษาให้หายได้ และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม หากตรวจพบระยะสุดท้าย จะมีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งอัตราการรอดต่ำ เป็นการเจ็บป่วยที่กระทบกับผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม ด้านร่างกายเกิดจากอาการของโรคและระยะของโรค เนื่องด้วยบางก้อนมะเร็งมีการเบียดลำไส้ ทำให้ต้องทำการผ่าตัดทวารเทียม Colostomy ทำให้การขับถ่ายทางหน้าท้องที่ไม่สามารถควบคุมได้ และการให้ยาเคมีบำบัดจะมีผลข้างเคียงของยา คือ คลื่นไส้,อาเจียน,ผมร่วง,ซีด,เม็ดเลือดทุกชนิดต่ำลง,อ่อนเพลีย ด้านจิตใจ อาจเกิดซึมเศร้าได้จากการรักษาใช้ระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ การตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ช่วยในการวินิจฉัยรักษาโรคผู้ป่วยที่มีอาการแสดง การทำงานระบบทางเดินอาหารผิดปกติ แต่ก็มีความยุ่งยากในขั้นตอนของการเตรียมลำไส้ สำหรับผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ลำไส้ที่สะอาดและเหมาะสมในการส่องกล้อง ความแม่นยำของการวินิจฉัยโรค รวมไปถึงความปลอดภัยในการทำหัตถการ หลักในการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่สำคัญ คือการรับประทานอาหาร การรับประทานยาระบาย การดื่มน้ำหลังรับประทานยาระบาย ถ้าผู้ป่วยเตรียมลำไส้ไม่สะอาดเพียงพอ จะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องมือส่องกล้อง การเตรียมลำไส้ที่ดีที่สุด คือควบคุมกำกับให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

งานส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จำนวน 409 ราย, 639 ราย และ 748 ราย ตามลำดับ ตามมาตรฐานควรทำความสะอาดลำไส้ให้ได้คุณภาพในระดับ4 ดีมาก หรือระดับ 3 ดี มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่งานส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วพบปัญหาลำไส้ไม่สะอาดใน ระดับ 2 พอใช้ (มีน้ำอุจจาระมาก) จำนวน 122ราย, 212ราย, 218ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 29.82, 33.17 และ 29.14 ตามลำดับ ระดับ1 แย่ (มีเนื้ออุจจาระปนในน้ำอุจจาระ) จำนวน 34 ราย, 108 ราย และ 121 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.31, 16.90 และ 16.17 ตามลำดับ (งานส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2568) จากข้อมูลพบว่าแพทย์ไม่สามารถใส่กล้องเข้าไปจนถึงลำไส้ใหญ่ส่วนต้นหรือไม่สามารถมองเห็นผนังเยื่อบุลำไส้ใหญ่ได้ชัดเจน จำเป็นต้องเลื่อนเวลาหรือเลื่อนวันตรวจ จำนวน 11ราย, 7ราย และ 3ราย ตามลำดับ (งานส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2568) ปัญหาส่วนมากเกิดจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่หมด และดื่มน้ำไม่ได้ตามที่แพทย์สั่ง รวมทั้งการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการและญาติเสียเวลาและค่าใช้จ่าย การรักษาล่าช้า

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทางการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เพื่อลดอุบัติการณ์การเลื่อนเวลาและเลื่อนวันส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เป็นหัตถการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองตรวจประเมินพยาธิสภาพ และประเมินความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ เนื่องจากสามารถมองเห็นทุกส่วนของลำไส้ใหญ่นอกจากการส่องเพื่อวินิจฉัย และรักษาโรคแล้วยังสามารถใช้ติดตามการรักษาหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตรวจดูการอักเสบและแผลที่เกิดในลำไส้ใหญ่ หรือการลุกลามของโรคอื่นๆ ที่เกิดในลำไส้ การเตรียมตัวเพื่อส่องตรวจลำไส้ใหญ่มีความสำคัญ เป้าหมายในการเตรียมเพื่อให้การส่องตรวจเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สามารถวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำมองเห็น พยาธิสภาพได้อย่างชัดเจน ไม่เกิดการบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องตรวจ ใช้เวลาน้อย ลดโอกาสเกิดการทะลุของลำไส้ใหญ่จากการเป่าลม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วย ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยง การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยก่อนนัดส่องกล้องการให้ความรู้ การเตรียมลำไส้ใหญ่เพื่อให้ง่ายต่อการส่องกล้อง การติดตามและประเมินผลเพื่อหาทางป้องกัน หาแนวทางแก้ไข เพื่อให้การส่องกล้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับประโยชน์สูงสุด

งานส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จำนวน 409 ราย, 639 ราย และ 748 ราย ตามลำดับ ตามมาตรฐานควรทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ให้ได้คุณภาพในระดับ 4 ดีมาก และระดับ 3 ดี มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่งานส่องกล้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วพบปัญหาลำไส้ไม่สะอาดใน ระดับ 2 พอใช้ มีน้ำอุจจาระมาก จำนวน 122 ราย, 212 ราย และ 218 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 29.82, 33.17 และ 29.14 ตามลำดับ ระดับ1 แย่ มีเนื้ออุจจาระปนในน้ำอุจจาระ จำนวน 34 ราย, 108 ราย และ 121 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.31, 16.90 และ 16.17 ตามลำดับ (งานส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2568) ส่งผลให้ระยะเวลาในการส่องกล้องนานกว่าปกติ ปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ครบถ้วน ซึ่งปัจจุบันงานผู้ป่วยนอกมีการใช้แนวทางการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ โดยใช้แนวทางการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับของงานส่องกล้อง ซึ่งปัจจุบันงานผู้ป่วยนอกจะให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อมลำไส้ใหญ่มาจากที่บ้านก่อนวันนัดหมายเป็นเวลา 3 วัน ตามการวางแผนของแพทย์ โดยผู้ที่รับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทุกรายจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล พร้อมทั้งได้รับเอกสารการเตรียมลำไส้ใหญ่จากพยาบาลหน้าห้องตรวจที่งานผู้ป่วยนอก มีข้อปฏิบัติ คือ (1) การรับประทานอาหารที่ไม่มีกากใยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (2) ขั้นตอนและวิธีการรับประทานยาระบาย (3) การหยุดให้ยาที่มีผลต่อการส่องกล้อง (4) การสังเกตความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยการดูลักษณะของอุจจาระหลังกินยาระบาย (5) พยาบาลทีมส่องกล้องโทรศัพท์ติดตามการเตรียมลำไส้ใหญ่ 1 วันก่อนมารับการส่องกล้องเพื่อติดตามวิธีการรับประทานยาระบาย

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงสนใจพัฒนาแนวทางการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยโดยใช้แนวคิด หลักการของวงจรคุณภาพ (PDCA) เดมมิ่ง (Deming) (2004) กล่าวว่า การจัดการอย่างมีคุณภาพเป็นกระบวนการที่ดำเนินการต่อเนื่องเพื่อให้ เกิดผลผลิตและบริการที่มีคุณภาพขึ้น โดยหลักการที่เรียกว่า วงจรคุณภาพ (PDCA) หรือวงจรเดม มิ่ง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้ Plan คือ กำหนดสาเหตุ ของปัญหา จากนั้นวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือทดสอบเพื่อการ ปรับปรุงให้ดีขึ้น Do คือ การปฏิบัติตามแผน หรือทดลองปฏิบัติเป็นการนำร่องในส่วนย่อย Check คือ ตรวจสอบเพื่อทราบว่าบรรลุผลตามแผนหรือหากมีสิ่งใดที่ ทำผิดพลาดหรือได้เรียนรู้อะไร มาแล้วบ้าง Act คือ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง หากบรรลุผลเป็นที่น่าพอใจหรือหากผล การปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผน ให้ทำซ้ำวงจร

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

โดยใช้การเรียนรู้จากการกระทำในวงจรที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว วิฑูรย์ สิมะโชค ดี (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2545) กล่าวถึง วงจรคุณภาพ (PDCA) เป็นกิจกรรมที่จะนำไปสู่ การปรับปรุงงานและการควบคุม อย่างเป็นระบบอันประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การนำแผนไปปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการ ปรับปรุงแก้ไข (Act) กล่าวคือ จะเริ่มจากการวางแผน การนำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติ การตรวจสอบผลลัพธ์ที่ได้ และ หากไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหมายไว้ จะต้องทำการทบทวนแผนการโดย เริ่มต้นใหม่อีกครั้งหนึ่งและทำตามวงจร คุณภาพซ้ำอีก เมื่อวงจรคุณภาพหมุนซ้ำไปเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดการปรับปรุงงานและทำให้ระดับผลลัพธ์สูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น การกระทำตามวงจรคุณภาพ จึงเท่ากับการสร้างคุณภาพที่ น่าเชื่อถือมากขึ้นโดยจุดเริ่มต้นของวงจรคุณภาพอยู่ ที่การพยายามตอบคำถามให้ได้ ว่าทำอย่างไรจึงจะดีขึ้น (สุขสันต์ สุขสงคราม, 2564)

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทางการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยพยาบาลส่องกล้องให้ความรู้กับผู้ป่วย เอกสารที่ให้ประกอบการสอนที่มี QR Code สื่อวิดีทัศน์ การเตรียมตัวเพื่อรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ให้กลับไปศึกษาเพิ่มเติมที่บ้าน และรูปแบบการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อเสริมพลังให้มีความรู้ตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมตัวและความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่ 3 วันก่อนส่องกล้องคือการเริ่มวางแผนการรับประทานอาหาร และ 1 วันก่อนส่องกล้องเพื่อติดตามวิธีรับประทานยาระบาย เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงกระบวนการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยในการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
2. เพื่อให้มีการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่ถูกต้องตามแนวทางการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
3. เพื่อลดจำนวนเลื่อนเวลาและหรือเลื่อนการตรวจในวันที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน กรกฎาคม 2568 – กันยายน 2568

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่มีนัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับทุกคน
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในห้องส่องกล้อง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1.วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้เห็นปัญหาที่แท้จริง ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา ทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ภาวะแทรกซ้อน

2. ปรึกษาหัวหน้างานส่องกล้อง เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ รวมทั้งชี้แจงทีมพยาบาลส่องกล้องให้ทราบเพื่อขอความเห็นและร่วมปฏิบัติการพยาบาลตามที่วิเคราะห์

3. ออกแบบวิธีปฏิบัติงานในการเตรียมความพร้อมของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แนวทางใหม่

ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

4..ประชุมชี้แจงทีมพยาบาลรับรู้และเข้าใจ การพัฒนาแนวทางการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

5.ดำเนินการพัฒนาแนวทางการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่กับผู้รับบริการ

5.1 ทำเอกสารประกอบการให้คำแนะนำการเตรียมลำไส้ใหญ่ โดยลงข้อมูลความสำคัญ ขั้นตอน ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การรับประทานอาหาร 3 ก่อนการส่องกล้อง การรับประทานยาระบาย และรับประทานยาที่งดก่อนมาส่องกล้อง ยาโรคประจำตัว (ถ้ามี) วันที่มาส่องกล้อง

5.2 จัดทำ QR code สื่อวิดิทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ไปศึกษาต่อเพิ่มเติมที่บ้าน

5.3 นำมาใช้ในงานส่องกล้อง โดยผู้ป่วยที่แพทย์นัดหมายให้มาส่องกล้องแล้ว ก่อนกลับบ้านต้องได้รับคำแนะนำ โดยพยาบาลผู้ป่วยนอกประสานงาน ให้ส่งผู้ป่วยและญาติมารับคำแนะนำที่ห้องเตรียมส่องกล้อง พยาบาลห้องเตรียมส่องกล้อง ให้คำแนะนำการเตรียมลำไส้ใหญ่ 3 วันก่อนการส่องกล้อง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร งดกากใย ขั้นตอนและการรับประทานยาระบาย การรับประทานยาก่อนมาส่องกล้อง โดยแนบเอกสารที่มี QR codeซึ่งจะมีขั้นตอนและวิธีการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่บ้านที่เข้าใจได้ง่าย ให้ผู้ป่วยไปศึกษาต่อที่บ้านเพิ่มเติม แล้วจึงให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

5.4 พยาบาลห้องเตรียมส่องกล้อง โทรติดตามเรื่องการเตรียมลำไส้ใหญ่ 1 วันก่อนการส่องกล้อง โดยเน้นย้ำ เรื่องการขั้นตอนและการทานยาระบาย และการรับประทานอาหารและน้ำให้ถูกต้องเพื่อวันส่องกล้องลำไส้สะอาด แพทย์สามารถส่องกล้องตรวจได้ หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง รายงานแพทย์อีกครั้งเพื่อนเลื่อนวันเวลาและ หรือเลื่อนนัดตรวจส่องกล้อง

6. สรุปผลการทดลองปฏิบัติ ปรับปรุงปรับเปลี่ยน (ถ้ามี) กำหนดเป็นแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่

7.นิเทศ กำกับ ติดตามผล รายงานผลเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินผลการปฏิบัติ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผู้ป่วยลำไส้สะอาด แพทย์ส่องกล้องลำไส้ใหญ่พบความผิดปกติได้แม่นยำ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.2 พยาบาลวิชาชีพทุกคนในงานส่องกล้อง มีความพึงพอใจจากการใช้แนวทางการตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 มีแนวทางการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จำนวน 1 แนวทาง

5.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่ถูกต้องตามแนวทางการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่เท่ากับ 100

5.3 จำนวนผู้ป่วยเลื่อนเวลาและหรือเลื่อนนัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่เท่ากับ 0 ราย

(ลงชื่อ) .....ภัทรภร บุญชู.....

(นางสาวภัทรภร บุญชู) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)...11.../...มีนาคม.../...2568