ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
   เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบจากท่อน้ำดีอุดตัน
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น
   เรื่อง แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

เสนอโดย
นางสาวศิริรัตร์ ยินดีโช
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 735)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบจากท่อน้ำดีอุดตัน

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 23 ธันวาคม 2552 ถึงวันที่ 29 ธันวาคม 2552)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโครงสร้างปกติของถุงน้ำดี และทางเดินน้ำดี

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาเกี่ยวกับถุงน้ำดี

ตับเป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย อยู่ใต้ชายโครงขวา ตับแบ่งเป็น 2 กลีบ ขวาและซ้าย ด้านขวาใหญ่กว่าด้านซ้าย เซลล์ตับมีท่อน้ำดีเล็ก (bile caniculi) อยู่ภายในตับ ท่อน้ำดีเล็กๆ นี้ รวมกันเป็นท่อน้ำดีตับซ้ายและขวา (Lt.&Rt. Hepatic duct) บริเวณขั้วตับ (portal hepatic) ท่อทั้งสองนี้รวมกันเป็นท่อน้ำดีรวมตับ ซึ่งปกติกว้าง 0.5-1.0 เซนติเมตร common bile duct ผ่านด้านหลังของ duodenum ส่วนที่สองด้าน medial มีปลายเปิดนี้เห็นเป็นตุ่มในผนังของ duodenum เรียกว่า ampulla of vater และมีท่อน้ำย่อยของตับอ่อน (duct of Wirsung) มาเข้า common bile duct บริเวณนี้ด้วย นอกจากนี้ยังมีกล้ามเนื้อหูรูดลักษณะเรียบหนามาก เรียกว่า sphincter of Oddi ยาว 5-12 มิลลิเมตร และกว้าง 3-8 มิลลิเมตร มีหน้าที่ปิด-เปิดให้น้ำดีออก

ถุงน้ำดี และท่อน้ำดีได้รับเลือด ซึ่งเป็นแขนงของ right hepatic artery ถุงน้ำดียังมีเส้นเลือดดำที่เข้า gallbladder fossa ไปหาแขนงของ portal vein ในตับด้วย เส้นประสาท vagus เป็น secretonotor nerve ของท่อน้ำดีและถุงน้ำดี ส่วน sensation จะผ่านประสาท sympathetic ไปยังไขสันหลังระดับ T7,8,9,10 บางส่วนผ่าน phrenic nerve (C3,4,5) การตัดเส้นประสาท vagus อาจทำให้ถุงน้ำดีบีบตัวไม่ดีเท่าที่ควรและทำให้เกิดเป็นนิ่วได้

น้ำดีมีส่วนประกอบที่สำคัญได้แก่ bile salt, lecithin , cholesterol และ bilirubin นอกจากนี้ยังมีสารอื่นอีกมาก ตับสร้างน้ำดีออกมาประมาณวันละ 500-1,000 มิลลิลิตร จำนวนจะลดลงถ้าตับไม่ปกติ ขณะที่ไม่รับประทานอาหาร sphincter of Oddi จะปิด ถุงน้ำดีจะดูดซึมน้ำและเกลือแร่ออกไปจากน้ำดี ทำให้ความเข้มข้นของน้ำดีในถุงสูงกว่าน้ำดีที่ตับสร้าง 5-10 เท่าตัว ตับสร้างน้ำดีเพิ่มขึ้นขณะที่รับประทานอาหาร เพราะถูกกระตุ้นจากฮอร์โมนของลำไส้และจาก bile salt ใน portal circulation ฮอร์โมน cholecystokinin-pancreozymin ทำให้ถุงน้ำดีบีบตัวพร้อมกับมีการคลายตัวของ spincter of oddi และ duodenum น้ำดีจึงถูกขับเข้ามาในลำไส้

ถ้าท่อน้ำดีอุดตันลงลำไส้ไม่ได้จะทำให้การย่อยไขมันเสียไป เกิด statorrhea และ osteomalacia (จากการเสียวิตามินดี และแคลเซียม) มีภาวะเลือดออกง่าย เพราะการดูดซึมวิตามินเค ที่สร้างในลำไส้ลดลง ถ้า bile salt กระตุ้นลำไส้ใหญ่ให้บีบตัวเร็วขึ้น ภาวะเช่นนี้พบได้หลังจากตัดลำไส้เล็กออกไปมาก (short bowel syndrome) หรือหลังจากตัด terminal ileum ไปทำให้การดูดซึม bile salt ไม่ดี

ภาวะถุงน้ำดีอักเสบจากท่อน้ำดีอุดตัน

เมื่อนิ่วอุดกั้นท่อถุงน้ำดี ทำให้น้ำดีคั่งค้างในถุงน้ำดี เกลือน้ำดี (bile salt) ในน้ำดีจะไประคายเคืองผนังของถุงน้ำดี ทำให้เกิดการอักเสบ และการอุดกั้นทำให้น้ำดีออกจากถุงน้ำดีไม่ได้ ถุงน้ำดีจึงบีบตัวและคลายตัวอย่างรุนแรงเพื่อขับน้ำดีออก ทำให้เกิดอาการปวดท้องแบบปวดบิด (billiary colic หรือ colicky pain) นอกจากนี้การอักเสบและอาการปวดท้องจะกระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้

ถุงน้ำดีซึ่งถูกอุดกั้นโดยนิ่วทำให้มีความดันสูง จะมีลักษณะโป่งตึงมาก ผนังบวม มีเลือดมาเลี้ยงมากมองเห็นหลอดเลือดชัดเจน หลอดเลือดในผนังถุงน้ำดีถูกกดทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยง เซลล์ของผนังเน่าตาย และเป็นแหล่งให้เชื้อโรคเพิ่มจำนวนมากขึ้น น้ำดีจะกลายเป็นหนองและถุงน้ำดีจะแตกหรือทะลุได้ ถ้าการอักเสบลุกลามถึงท่อน้ำดีร่วมจะทำให้ท่อน้ำดีร่วมบวม เป็นเหตุให้มีการอุดกั้นทางเดินน้ำดี มีอาการของดีซ่านจากการอุดกั้นของน้ำดีได้ (obstructive jaundice)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมีอาการอาหารไม่ย่อยหลังรับประทานอาหารไขมันหรือของทอด ปวดท้องแบบปวดบิดบริเวณทางเดินน้ำดีหรือ Right upper quadrant ของหน้าท้อง อาจร้าวไปด้านหลัง คลื่นไส้ และดันตามผิวหนัง อาจมีอาการอาเจียน มีไข้ และจำนวนเม็ดเลือดขาวสูง อุจจาระมีสีเทา ปัสสาวะสีเข้ม มีการกดเจ็บที่ยอดกระดูกซี่โครงที่ 9 ขณะหายใจเข้า อาจมีตัวและตาเหลืองร่วมด้วย

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบจากท่อน้ำดีอุดตัน

1. การทำ ERCP (Endoscopic retrograge cholangipancreatography) เป็นการใช้กล้องส่องเข้าไปทางปาก ผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้นจนถึงท่อเปิดของน้ำดีในลำไส้เล็ก แล้วฉีดสารทึบแสงและถ่ายภาพเอกซเรย์ไว้ เพื่อ

- ตรวจหาความผิดปกติของท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน
- รักษาการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดีหรือท่อตับอ่อน โดยใส่ขดลวดไว้ (stent)

ข้อห้ามของการทำ ERCP

1. มีความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือดที่ยังไม่ได้แก้ไข
2. ผู้ป่วยที่แพ้สารทึบรังสี

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบจากท่อน้ำดีอุดตัน

2.การทำ EUS (Endoscopic Ultrasonography) เป็นการใช้กล้องอัลตราซาวน์เข้าไปเจาะหาท่อน้ำดีที่โป่งพอง ในกรณีการทำ ERCP(Endoscopic Retrograde cholangiopancreatography)ไม่สามารถระบายท่อน้ำดีได้

3.การระบายท่อน้ำดีผ่านทางตับ PTBD. (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage) เป็นการใส่ท่อระบายน้ำดี โดยการทางเข็มผ่านผิวหนังไปยังท่อน้ำดีโดยใช้ Ultrasound guidance/Fluoroscopic guidance จากนั้นจะผ่านขดลวดนำ (guidewire) ไปยังตำแหน่ง portal hepatic และสอดตัวท่อระบาย จากนั้น

จะทำการฉีดสารทึบรังสี เพื่อยืนยันตำแหน่ง เมื่อได้ตำแหน่งที่ต้องการจะทำการขดปลายท่อระบายน้ำดีให้อยู่ในรูปที่เหมาะสม ในทางปฏิบัติมักเป็นการระบายชั่วคราวก่อนการไปทำผ่าตัด หรือกรณีที่ผู้ป่วยที่มี Hilar obstruction

ข้อห้ามของการทำ PTBD คือการที่มีน้ำในช่องท้องเป็นปริมาณมาก ภาวะเลือดแข็งตัวช้า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และมะเร็งแพร่กระจายในเนื้อตับ

4.การผ่าตัด (Surgery) โดยทั่วไปข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดเพื่อทำการระบายท่อน้ำดีและระบบทางเดินอาหาร (bypass surgery) และการใส่ท่อระบายผ่านทาง PTBD

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบจากท่อน้ำดีอุดตัน แบ่งออกเป็น การพยาบาลด้านร่างกายและด้านจิตใจ

1.การพยาบาลด้านร่างกาย

1.1 ประเมินความรุนแรงของการเจ็บปวด

1.2 ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด การเคลื่อนไหวของลำไส้ และประเมินภาวะดีซ่านจากน้ำดีคั่ง (obstructive jaundice) จากตัวและตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด

1.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และสังเกตบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย

1.4 ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

1.5 ดูแลให้งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา

1.6 บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

1.7 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC , FBS, BUN,Cr,Electrolyte ,LFT และ Coagulogram

1.8 เตรียมผู้ป่วยทำผ่าตัดโดยประเมินความรู้ความเข้าใจและแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2. การพยาบาลด้านจิตใจ

2.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พูดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาของแพทย์

2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาหรือข้อมูลต่างๆ

2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังการผ่าตัด เช่น อาการปวด และการมีสายน้ำเกลือ หรือสายสวนปัสสาวะ หลังผ่าตัด

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบจากท่อน้ำดีอุดตัน เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร และอาจมีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบจากท่อน้ำดีอุดตันควรได้รับการประเมินและการแก้ไขอย่างทันท่วงที เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำราเกี่ยวกับโรคและทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ

2. เลือกเรื่องที่สนใจ ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา ชายไทยอายุ 66 ปี HN:9481/50 , AN:23154/50 รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ.2552 อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลเนื่องจาก มีอาการปวดจุกแน่นท้องด้านขวา ร่วมกับมีคลื่นไส้อาเจียน ทำการตรวจโดยการทำอัลตราซาวน์ช่องท้องด้านบน พบว่ามีนิ่วในถุงน้ำดี แพทย์วินิจฉัยว่า มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบจากท่อน้ำดีอุดตัน ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี ERCP (Endoscopic retrograde cholangiography) และใส่ขดลวด (stent) ระหว่างอยู่ในความดูแลพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 6ข้อ ได้รับการแก้ไขให้หมดไปทุกข้อ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ.2552 นัดมาตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2553

3. นำข้อมูลกรณีศึกษา ที่รวบรวมได้จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผลงานและนำเสนอตามลำดับขั้นตอน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

- ไม่มี –

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

ชายไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 66 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร อาชีพ พ่อบ้าน อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล เนื่องจาก มีอาการปวดจุกแน่นท้องด้านขวาร่วมกับมีคลื่นไส้อาเจียน ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลธนบุรี ทำการตรวจโดยการทำอัลตราซาวน์ช่องท้องด้านบน พบว่ามีนิ่วในถุงน้ำดี แพทย์แจ้งว่าเป็นโรคถุงน้ำดีอักเสบ ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล จึงมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลตากสิน แพทย์ให้รับไว้ในหอผู้ป่วยศัลกรรมชาย วันที่ 23 ธันวาคม 2552 เวลา 00.20น. (HN:9481/50, AN:23154/52)

แรกรับในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยไม่สับสน มีอาการปวดท้องด้านขวา จุกแน่นที่ช่องท้องด้านบน มีตัวและตาเหลือง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 101 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/76 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 163 เซนติเมตร น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ จากการตรวจหน้าท้องมีกดเจ็บบริเวณช่องท้องด้านขวา ท้องโป่งตึง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ

ผลการตรวจโลหิตวิทยา ระดับเม็ดเลือดขาว 18.8 thsd/cumm (ค่าปกติ 4.5-10 thsd/cumm) ฮีโมโกลบิน 11.4 gm/dl (ค่าปกติ 13-18 gm/dl) ฮีมาโตคริต 33.9 vol% (ค่าปกติ 40-50 vol%) เพลตเลต 263,000 thsd/cumm (ค่าปกติ 150,000-400,000 thsd/cumm) ผลการตรวจสารต่อต้านเชื้อ HIV เป็นลบ ผลการตรวจทางเคมีคลินิก blood urea nitrogen 20 mg/dl (ค่าปกติ 5-25 mg/dl) creatinin 1.0 mg/dl (ค่าปกติ 0.6-1.8 mg/dl) โซเดียม 138 mmol/l (ค่าปกติ 136-145 mmol/l) โพแทสเซียม 3.7 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/l) คลอไรด์ 99 mmol/l (ค่าปกติ 100-110 mmol/l) คาร์บอนไดออกไซด์ 25 mmol/l (ค่าปกติ 22-32 mmol/l) ผลการตรวจการทำงานของตับ พบ AST (aspartate aminotransferase) 100 U/L (ค่าปกติ 0-40 U/L) ALT (alanine aminotransferase) 85 U/L (ค่าปกติ 0-40 U/L) ALP (alkaline phosphatase) 250 U/L (ค่าปกติ 35-129 U/L) Total bilirubin 8.4 mg/dl (ค่าปกติ 0.2-1.2 mg/dl) Direct bilirubin 5.2 mg/dl (ค่าปกติ 0.0-0.3 mg/dl) Indirect bilirubin 3.2 mg/dl (ค่าปกติ 0.1-1.0 mg/dl) Protein 6.4 g/dl (ค่าปกติ 6.2-8.5 g/dl) Albumin 3.1 g.dl (ค่าปกติ 3.5-5.3 g/dl) Globulin 3.3 g/dl (ค่าปกติ 2.0-4.0 g/dl) ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทางทรวงอกปกติ

แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ผู้ป่วยงดน้ำอาหารและยา ทางปากทุกชนิด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาฆ่าเชื้อ ซัลเพอราโซน (Sulperazone) 1.5 กรัม เข้าทางหลอดเลือดทุก 8 ชั่วโมง เพื่อลดการอักเสบติดเชื้อ ใส่คาสายสวนปัสสาวะ เพื่อบันทึกจำนวนปริมาณน้ำเข้า-ออก เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังจากได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะไม่มีแผลทางหน้าท้อง และสอบถามประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร ตรวจสอบฟันโยก ฟันปลอม และเครื่องประดับ ให้ถอดเก็บก่อนเข้าห้องผ่าตัด ให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมรับการผ่าตัด โดยผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และใส่ขดลวด (ERCP $\bar{C}$ Stent : Endoscopic retrograde cholangiopancreatography $\bar{c}$ Stent) วันที่ 23 ธันวาคม 2552 เวลา 14.00 น. และได้รับการผ่าตัดเสร็จในเวลา 16.10 น.

รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด วันที่ 23 ธันวาคม 2552 เวลา 18.00 น. หลังทำผ่าตัด ERCP $\bar{c}$ stent (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography) ด้วยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ดูแลความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียง และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าได้ผ่าตัดเรียบร้อย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/60 มิลลิเมตรปรอท ได้รับสารน้ำชนิด 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่คาสายสวนปัสสาวะ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกจากการทำผ่าตัด ได้แก่ อาการท้องอืดจากการประเมิน ไม่พบภาวะลมในช่องท้อง หรือในชั้นใต้ผิวหนัง ในช่องปอด ช่องอก ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บปวดระดับ 6 ดูแลให้ยาแก้ปวด Pethidine 25 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ประเมินความเจ็บปวดซ้ำหลังได้รับยาแก้ปวด 1 ชั่วโมง เจ็บปวดลดลงระดับ 4 สามารถนอนหลับได้ ได้รับยาปฏิชีวนะชนิด ซัลเพอราโซน (sulperazone) 1.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เมโทรนิดาโซน

(Metronidazole) ขนาด 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง และเพิ่มยาลดกรดในกระเพาะอาหาร โลเซค (Losec) ขนาด 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง ขณะให้ยาสังเกตผลข้างเคียงของยา ไม่พบอาการผิดปกติ ติดตามและบันทึกสารน้ำเข้าและออกหลังผ่าตัด ตั้งแต่เวลา 16.10-22.00 น. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเข้าร่างกาย 640 มิลลิลิตร และมีปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 500 มิลลิลิตร ผู้ป่วยยังคงงดน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิดดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา

หลังผ่าตัดวันที่หนึ่ง (วันที่ 24 ธันวาคม 2552) ผู้ป่วยนั่งบนเตียง สีหน้าสดชื่น วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ความเจ็บปวดระดับ 3 แพทย์มีคำสั่งการรักษา ให้เริ่มจิบน้ำ ให้สารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพิ่มยาบรรเทาอาการปวด พาราเซตามอล (paracetamol) ขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่ขอยาบรรเทาปวด หลังเริ่มจิบน้ำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดินรอบ ๆ เตียง และเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม จากการประเมินผลไม่พบ อาการท้องอืด และไม่พบการพลัดตกหกล้ม

หลังผ่าตัดวันที่สอง (วันที่ 25 ธันวาคม 2552) ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ข้างเตียง ทำกิจกรรมด้วยตนเอง สีหน้าสดชื่น ความเจ็บปวดระดับ 2 ไม่มีท้องอืด ยังไม่ถ่ายอุจจาระ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งการรักษา ให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง แพทย์ให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารเหลว และลดอัตราการไหลของสารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังเริ่มรับประทานอาหารเหลว ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดท้อง ผู้ป่วยลุกเดินไปมาได้รอบเตียง ไม่มีท้องอืด

หลังผ่าตัดวันที่สาม (วันที่ 26 ธันวาคม 2552) ผู้ป่วยลุกเดินทำกิจกรรมด้วยตนเอง สีหน้าสดชื่น ความเจ็บปวดระดับ 2 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งการรักษา ให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อน ให้สารน้ำชนิด 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หยุดให้ยา Losec ชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพิ่มยารับประทาน Miracid 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า หลังรับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยมีอาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน แนะนำให้เคี้ยวอาหารให้ละเอียดและรับประทานครั้งละน้อย ๆก่อนและให้ลุกเดินอย่างน้อย 30 นาที

หลังผ่าตัดวันที่สี่ (วันที่ 27 ธันวาคม 2552) ผู้ป่วยลุกเดินออกกำลังกายรอบ ๆ เตียง สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ความเจ็บปวดระดับ 1 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งการรักษา หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และหยุดยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวดชนิดฉีดทุกชนิด เพิ่มยารับประทาน ciproflox ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า,เย็น Metronidazole

400 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีท้องอืด ถ่ายอุจจาระได้

หลังผ่าตัดวันที่ห้า (วันที่ 28 ธันวาคม 2552) ผู้ป่วยนั่งทำกิจกรรมบนเตียง สีหน้าสดชื่น วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งการรักษา ให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางโลหิตวิทยาและเคมีคลินิกพบระดับเม็ดเลือดขาว 6.3 thsd/cumm ฮีโมโกลบิน 11.6 gm/dl ฮีมาโตคริต 34.6 vol เพลตเลต 261,000 thsd/cumm ผลการตรวจอิเลคโตรไลท์ในร่างกายปกติ ผลการตรวจการทำงานของตับ พบ AST (aspartate aminotransferase) 22 U/L) ALT (alanine aminotransferase) 30 U/L ALP (alkaline phosphatase) 173 U/L Total bilirubin 3.7 mg/dl Direct bilirubin 1.6 mg/dl Indirect bilirubin 2.1 mg/dl Protein 6.3 g/dl Albumin 3.6 g/dl Globulin 3.7 g/dl ตัวและตาเหลืองลดลง

หลังผ่าตัดวันที่หก (วันที่ 29 ธันวาคม 2552) ผู้ป่วยลุกเดินทำกิจกรรมด้วยตนเอง สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้ยาปฏิชีวนะ ciproflox ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า,เย็น Metronidazole 400 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ยาลดกรด Losec 20 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหารเช้า และยาบรรเทาอาการปวด พาราเซตามอล (paracetamol) ขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวด นัดติดตามและประเมินผลการรักษาในวันที่ 11 มกราคม 2553 เวลา 09.00 น. ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านกับผู้ป่วยและญาติเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ ผัก ผลไม้ อาหารที่ปรุงสุก งดอาหารที่มีไขมันสูงได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน เนย ครีม หลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 7 วันแรก หลังจากนั้นสามารถทำงานได้ตามปกติ การออกกำลังกายและการพักผ่อนตามความเหมาะสม ทวนสอบความเข้าใจผู้ป่วยและญาติหลังได้รับคำแนะนำ ตอบข้อซักถามผู้ป่วยและญาติมั่นใจสามารถกลับไปดูแลตัวเองได้ที่บ้าน รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2552 อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการปวดจุกแน่นท้องด้านขวา ร่วมกับมีคลื่นไส้อาเจียน ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลธนบุรี ทำการตรวจโดยการทำอัลตราซาวน์ช่องท้องด้านบน พบว่า มีนิ่วในถุงน้ำดี แพทย์แจ้งว่าเป็นโรคถุงน้ำดีอักเสบ ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลจึงมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลตากสิน แพทย์ให้รับไว้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ในวันที่ 23 ธันวาคม 2553 เวลา 00.20 น. ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP:Endoscopic retrograde cholangiopancreatography) และใส่ขดลวด (stent) จากการศึกษาข้อมูลติดตามผลและประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็น

เวลา 7 วัน หลังรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 6 ปัญหา ดังนี้ ผู้ป่วยปวดท้อง เนื่องจากการอุดกั้นของท่อทางเดินน้ำดี ผู้ป่วยมีการอักเสบติดเชื้อของทางเดินน้ำดี ผู้ป่วยมีภาวะดั่งของบิลิรูบินในร่างกาย ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืด ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นได้รับการแก้ไขทั้งหมด แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาในวันที่ 11 มกราคม 2553 เวลา 09.00 น. ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อเป็นประโยชน์แก่ตนเองและหน่วยงานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาในการผ่าตัดส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโดยใช้การอธิบายด้วยคำพูดที่สามารถเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ สร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความเชื่อมั่น ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลเป็นอย่างดี เพื่อลดความวิตกกังวล

10. ข้อเสนอแนะ

1. มีการส่งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับวิวัฒนาการใหม่ทางการแพทย์อย่างทั่วถึง และนำความรู้ที่ได้มาเผยแพร่ในหน่วยงาน

2. มีการนำวิวัฒนาการและเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาเผยแพร่ในหน่วยงาน โดยให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นผู้ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน

3. จัดทำเอกสารความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....ศิริรัตร์ ยินดีโช.....

(นางสาวศิริรัตร์ ยินดีโช)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....22 ตุลาคม 2553.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางนันทวัน จาตุรันต์วณิชย์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลตากสิน

วันที่.....22 ตุลาคม 2553.....

ลงชื่อ.....

(นางกิตติยา ศรีเลิศฟ้า)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

วันที่.....22 ตุลาคม 2553.....

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวศิริรัตร์ ยินดีโช

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพต.735) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์
เรื่อง แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

หลักการและเหตุผล

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและตายในกลุ่มผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าการพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต แต่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย บาดเจ็บ เสี่ยงต่อความพิการ เคลื่อนไหวไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ จนถึงตาย และในบางกรณีเกิดการฟ้องร้องดำเนินคดีเกิดขึ้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายได้คำนึงถึงการป้องกันการพลัดตกหกล้มภายในหอผู้ป่วย ปัญหานี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดอุบัติการณ์ การพลัดตกหกล้ม 3 อุบัติการณ์ (พ.ศ.2551-2552) และผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้การประเมินไม่ครบถ้วน และต้องใช้เวลาในการประเมินความเสี่ยง จึงจำเป็นต้องกระตุ้นให้บุคลากรให้ตระหนักถึง ความสำคัญในการประเมิน การคัดกรองและป้องกันได้อย่างถูกต้องต่อเนื่อง ซึ่งหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย รับผู้ป่วยใหม่จำนวน 1,111 รายแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 657 ราย คิดเป็น 59.2% และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ 454 ราย คิดเป็น 40.8% (จากการเก็บสถิติเดือน กรกฎาคม 2552 – เมษายน 2553) จึงได้ทำการศึกษาเรื่องการหาแนวทางป้องกันการพลักตกหกล้มภายในหอผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของ Hendrich Fall Risk Model (HFRM) มาเป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มภายในหอผู้ป่วย

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มภายในหอผู้ป่วย
2. เพื่อลดอัตราการพลักตกหกล้มภายในหอผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยปลอดภัยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ได้เลือกแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ Henrich Fall Risk Model @ 2002 (HFRM) ซึ่งประกอบไปด้วย การใช้แบบประเมินความเสี่ยง 8 ข้อ ได้แก่ 1) อาการ confusion/disorientation 2) อาการ

ซึมเศร้า (depression) 3) ความผิดปกติในการขับถ่าย (altered elimination) 4) การเกิดอาการ dizziness หรือ vertigo 5) เพศชาย 6) การได้รับยากลุ่ม antiepleptics 7) การได้รับยากลุ่ม benzodiazepines และ 8) การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการยืนและเดิน เรียกว่า Get-Up-and-Go test :question # 2 ,"Rising from chair" โดยได้กำหนดคะแนนรวมเพื่อประเมินระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มไว้ว่า ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 5 คะแนน (≥5) ถือว่ามีระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในระดับสูง

กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ขั้นตอนการเตรียมการ

ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพลัดตกหกล้ม

ทบทวนเอกสารข้อมูลเพื่อนำมาปรับใช้

แบ่งแยกสาเหตุที่เกิดขึ้นทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้แก่

ปัจจัยภายใน

- ความพร่องในการมองเห็น
- ประวัติการพลัดตกหกล้ม
- การใช้ยาในกลุ่มยาระงับประสาท ยาลดความดันโลหิต
- ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
- ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง
- การสูญเสียหน้าที่ของระบบทางเดินปัสสาวะ
- การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ

ปัจจัยภายนอก

- เตียงและไม้กั้นเตียง
- อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- ห้องน้ำและทางเดินภายในหอผู้ป่วย

2.ขั้นตอนการดำเนินงาน

2.1 ให้ความรู้และนิเทศงานแก่บุคลากรในการใช้แบบประเมินความเสี่ยง เน้นย้ำถึงความสำคัญในการใช้แบบประเมินเพื่อจัดแบ่งประเภทผู้ป่วยและให้การพยาบาลที่ถูกต้อง

2.2 วิธีการใช้แบบประเมิน ให้ใช้กับผู้ป่วยแรกรับทุกราย ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยระบบประสาท ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยโรคเรื้องรัง

2.3 เมื่อประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (คะแนน ≥5) ให้ติดป้ายชี้บ่ง **ระวังผู้ป่วยตกเตียง** และให้การพยาบาลแบบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

2.4 เก็บรวบรวมสถิติผู้ป่วย และประเมินผลการใช้แบบประเมินความเสี่ยงภายในหอผู้ป่วย

2.5 จัดทำมาตรฐานแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโดยจัดทำไว้ในบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดการพลัดตกหกล้ม

2. บุคลากรในหน่วยงานสามารถคัดกรอง และประเมินประเภทความเสี่ยงของผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น สามารถวางแผนให้การพยาบาลที่ถูกต้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยที่รักษาภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม และอัตราการพลัดตกหกล้มเท่ากับ 0

ลงชื่อ.....ศิริรัตน์ นิมสิโช.....

(.....นางสาวศิริรัตน์ นิมสิโช.....)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....22...../.....ตุลาคม...../.....2553.....