

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง ลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

เสนอโดย

นางสาวศรีสมบูรณ์ ทรัพย์สกุล

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 53)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2550 ถึง วันที่ 9 ตุลาคม 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นหมายถึงการที่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร จนถึงลำไส้เล็กส่วนต้นทำให้เกิดภาวะอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ ถ้าเลือดออกถึง 100 – 200 มิลลิลิตร จะมีอุจจาระเป็นสีดำ

สาเหตุของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

1. โรคทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น หลอดเลือดโป่งขดที่หลอดอาหาร โรคกระเพาะอาหารจากแผลเป็บติค แผลที่เกิดจากความเครียด แผลจากการดื่มสุรา โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร
2. โรคที่อวัยวะข้างเคียงเช่น โรคทางเดินน้ำดีทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินน้ำดี(hemobilia) เป็นต้น
3. โรคทางร่างกายทั่วไป เช่น การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

พยาธิสรีรวิทยา

การเสียเลือดมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายโดยขึ้นกับปริมาณเลือดที่เสียไปว่ามากน้อยเพียงใด ผลทางคลินิก ผู้ที่แข็งแรงสามารถเสียเลือดได้ถึง 500 มิลลิลิตร ใน 15 นาที โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ผู้บริจาคเลือด ถ้าเสียเลือดไป 1000 มิลลิลิตรจะมีหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ อาการคลื่นไส้ ปริมาณและอัตราการเสียเลือดที่ทำให้เกิดภาวะช็อกยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นอีก เช่น อายุ โรคของหลอดเลือด ตลอดจนขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อคอยู่ก่อนหรือไม่

การที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารถ้าปริมาณไม่เกิน 500 มิลลิลิตร จะมีอาการเพียงเล็กน้อย การบีบตัวของ precapillary sphincter ของหลอดเลือดแดงทำให้มีการเคลื่อนย้ายของสารน้ำในเนื้อเยื่อเข้ามาในหลอดเลือด ทำให้ปริมาณเลือดคงที่ ปริมาตรพลาสมาจะเพิ่มใน 1 ชั่วโมง จะกลับเป็นปกติใน 36 ชั่วโมงและอาจจะมีปริมาตรสูงขึ้นเพื่อชดเชยปริมาตรเม็ดเลือดแดง (red cell volume) ที่เสียไป ปริมาตรเม็ดเลือดแดง และระดับฮีโมโกลบินจะกลับเป็นปกติใน 2 สัปดาห์

ถ้าสูญเสียเลือดมากและในเวลารวดเร็ว ผลตามมากคือปริมาตรเลือดลดลงทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง cardiac output จะลดลงด้วย เพื่อให้ปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญคงที่ รีเฟล็กซ์ต่าง ๆ ของร่างกายจะทำงานอย่างรวดเร็วภายหลังเลือดออก โดยมีหลอดเลือดหดตัวเนื่องจากรีเฟล็กซ์ (reflex vasoconstriction) ทั้ง arteriole และหลอดเลือดดำใน splanchnic bed กล้ามเนื้อและผิวหนัง นอกจากนี้ ยังมีการหดตัวของหลอดเลือดดำจากอวัยวะสำรองเลือด (reservoir) เช่น ผิวหนัง ทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดดำที่ไหลกลับหัวใจเป็นการเคลื่อนย้ายเลือดจากหลอดเลือดดำไปยังหลอดเลือดแดงและมีการเคลื่อนย้ายสารน้ำจากนอกหลอดเลือด (extravascular fluid) และนอกเซลล์ (extracellular fluid) เข้ามาอยู่ในหลอดเลือด นอกจากนี้ ยังมีการเคลื่อนย้าย

แอลบูมินจากเลือดนอกหลอดเลือด (extravascularpool) และเพิ่มการสร้างแอลบูมิน เพื่อแก้ไขภาวะปริมาตรเลือดในหลอดเลือดน้อย (hypovolemia)

ถ้าเสียเลือดไปถึงร้อยละ 40 ของปริมาตรเลือดในร่างกายจะเกิดภาวะช็อก เนื่องจาก cardiac output ลดลงจนไม่สามารถที่จะบรรจุเลือดในหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อตลอดจนใน microcirculation ผลคือทำให้ชีพจรเบาเร็ว ความดันเลือดลดลง ผิวหนังซีด เหงื่อออก รู้สึกหนาว กระหายน้ำ อาจมีอาการคลื่นไส้ หายใจเร็ว และกระสับกระส่ายเนื่องจากภาวะสมองขาดออกซิเจน (cerebralanoxia)

ถ้าเสียเลือดถึง 1000 มิลลิลิตร ผู้ป่วยอาจจะยังไม่มีอาการช็อก แต่มีชีพจรเร็วและความดันเลือดลดลงเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ถ้าทำการทดสอบที่เรียกว่า tilt test¹⁰ โดยใจเดียวให้อยู่ในระนาบ 75 องศา ประมาณ 3 นาที จะพบว่าชีพจรเร็วขึ้น 30 ครั้งต่อนาที และมีความดันเลือดลดลง (ข้อควรระวังคือผู้ป่วยอาจจะเกิดภาวะช็อกได้ ดังนั้นจึงควรมีเลือดเตรียมพร้อมสำหรับให้ไว้ก่อน)

ผลทางโลหิตวิทยาและการเปลี่ยนแปลงในปริมาตรเลือด ฮีมาโทคริตยังไม่เปลี่ยนแปลงทันทีที่เลือดออก จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง 3-4 ชั่วโมง จนถึงประมาณ 32 ชั่วโมง ภายหลังเลือดออก

จำนวนเกล็ดเลือดจะสูงขึ้น 1 ชั่วโมง ภายหลังเลือดออก ส่วนจำนวนเม็ดเลือดขาวจะสูงขึ้นหลัง 2-5 ชั่วโมง และมีเม็ดเลือดขาวชนิดตัวอ่อนเพิ่มขึ้น (shift to the left) และจะกลับเป็นปกติใน 3-4 วัน ส่วนเรติคูลโลไซต์ (reticulocyte) จะเพิ่มขึ้นหลัง 24 ชั่วโมง และจะสูงสุด 4-7 วัน ภายหลังเลือดออก การตรวจพบว่า เม็ดเลือดแดงมีภาวะ hypochromia แสดงว่ามีการเสียเลือดเรื้อรังมาก่อนที่จะมีเลือดออกเฉียบพลันครั้งนี้

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 57 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดกรุงเทพมหานคร มาโรงพยาบาลราชพิพัฒน์วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เวลา 13.45 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการถ่ายเป็นเลือดสีดำมา 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ได้ตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จึงรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล เลขที่ภายนอก 16075/50 เลขที่ภายใน 5080/50

แรกรับผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เวลา 13.45 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการถ่ายเป็นสีดำมา 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล จากการซักประวัติผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง เคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรเกษมบางแค ขาดยามา 3-4 ปี ดื่มสุราทุกวันวันละประมาณ 1 ขวด (750 มิลลิลิตร) ดื่มน้ำมากกว่า 10 ปี สูบบุหรี่วันละ 10 มวน สูบบุหรี่ประมาณ 10 ปี ไม่มีประวัติ แพ้ยาและอาหาร แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าดูอ่อนเพลีย ผิวหนังเย็นชื้น วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท จากอาการแสดงและสัญญาณชีพ จับชีพจรเบาและเร็ว พบว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด แพทย์ให้การรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย Ringer lactate 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาทีเพื่อประเมิน

ภาวะซ็อก ใส่น้ำยาลงกระเพาะอาหารได้เลือดดำออกมา 300 มิลลิลิตร แพทย์ได้ให้ล้างกระเพาะอาหาร ด้วย NSS 2000 มิลลิลิตรได้เป็นเลือดสีจาง หลังจากนั้นต่อสายยางลงถุงพลาสติก เพื่อติดตามภาวะการมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ดูแลให้ออกซิเจน Canular 3 ลิตรต่อนาทีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ค่าออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ งดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร แพทย์ได้ให้การรักษา โดย ให้ยา Omeprazole 40 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำทันที เพื่อช่วยลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร Vitamin K 10 มิลลิกรัมฉีดทางหลอดเลือดดำทันทีและวันละ 1 ครั้ง เพื่อช่วยในการแข็งตัวของเลือด Controloe 40 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทันทีและให้ต่อทุก 12 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารและรักษาแผลในกระเพาะอาหาร ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แปลผลพบ sinus tachycardia (หัวใจเต้นเร็วแต่สม่ำเสมอ) ภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ ผลการตรวจร่างกายพบอัตราการเต้นของหัวใจเร็วแต่สม่ำเสมอ หู คอ จมูก ปกติ การตอบโต้ทางระบบทางประสาทปกติ ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า เม็ดเลือดขาวในเลือด 14,170 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 4,500-10,700 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล 57.8 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-65 เปอร์เซ็นต์) เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ 23 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 20-50 เปอร์เซ็นต์) จำนวนเกล็ดเลือด 220,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 150,000-450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ความเข้มข้นของเลือด 29.2 เปอร์เซ็นต์ ฮีโมโกลบิน 9.7 กรัมเปอร์เซ็นต์ ผลการตรวจอิเล็กโทรลัยท์ พบว่ามีโซเดียม 136.3 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 135-145 มิลลิโมลต่อลิตร) โพแทสเซียม 3.89 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) คลอไรด์ 108 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อลิตร) คาร์บอนไดออกไซด์ 24 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 24-32 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ผลการตรวจกลไกการแข็งตัวของเลือด PT 12.1 วินาที (ค่าปกติ 9-12.6 วินาที) APTT 25.0 วินาที (ค่าปกติ 25.4-38.4 วินาที) ภายหลังทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยมีภาวะซีดจากการเสียเลือด แพทย์จึงให้ของเลือด Pack Red Cell 4 ยูนิต และให้ Pack Red Cell 1 ยูนิต(300 มิลลิลิตร) Pack Red Cell NO. 13535 gr.A Rh⁺ ให้ 1 ยูนิตใน 4 ชั่วโมง ติดตามความเข้มข้นของเลือดหลังเลือดหมด 4 ชั่วโมง การพยาบาลผู้ป่วยให้เลือดมีการตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนให้เลือดอุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับเลือด 15 นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 105/60 มิลลิเมตรปรอท พร้อมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทั่วไปเช่น มีผื่น มีไข้ หนาวสั่น หรืออาการผิดปกติต่างๆ ในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที เนื่องจากต้องการประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาถ้าผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจำเป็นต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ในผู้ป่วยรายนี้หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและปริมาณเลือดที่ออกในระบบ

ทางเดินอาหารส่วนต้น ไม่ออกเพิ่มมากขึ้น หลังจากนั้นเวลาประมาณ 15.30 น.ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกและอาการผิดปกติอื่น ได้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญชาย

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างวันที่ 4-9 ตุลาคม 2550 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 - 140/80 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องไม่มีถ่ายดำและอาเจียนเป็นเลือด พบว่าสาวยางต่อจากกระเพาะอาหารลงถุงพลาสติกมีของเหลวเป็นน้ำปนเลือดสีแแดงคล้ำ 50 มิลลิลิตร ค่าความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 29 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยยังมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด แพทย์จึงพิจารณาให้ Pack Red Cell 1 ยูนิต (300 มิลลิลิตร) Pack Red Cell No. 13944 gr.A Rh⁺ ให้ 1 ยูนิตใน 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งติดตามความเข้มข้นของเลือดหลังเลือดหมด 4 ชั่วโมงเท่ากับ 32 เปอร์เซ็นต์ และติดตามซ้ำทุก 6 ชั่วโมง ยังคงประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นอย่างต่อเนื่อง วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องไม่มีถ่ายดำและอาเจียนเป็นเลือด พบว่าสาวยางต่อจากกระเพาะอาหารลงถุงพลาสติกมีของเหลวเป็นน้ำปนเลือดสีดำจาง 10 มิลลิลิตร ค่าความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 34.5 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์อนุญาตให้เอาสาวยางออกจากกระเพาะอาหารได้ ประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นได้โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ปวดท้องหน้ามิดคล้ายจะเป็นลม ถ้าพบอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ติดตามความเข้มข้นของเลือด ทุก 6 ชั่วโมง วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องและอาเจียนเป็นเลือด มีถ่ายเหลวสีดำ 1 ครั้ง ค่าความเข้มข้นของเลือดลดลงเท่ากับ 29 เปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงพิจารณาให้ Pack Red Cell 1 ยูนิต (300 มิลลิลิตร) Pack Red Cell No. 18031gr.A Rh⁺ ให้ 1 ยูนิต ใน 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งติดตามความเข้มข้นของเลือดหลังเลือดหมด 4 ชั่วโมงเท่ากับ 33 เปอร์เซ็นต์ และติดตามซ้ำทุก 6 ชั่วโมง ยังคงประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นอย่างต่อเนื่อง ช่วงบ่ายแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารเหลว ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องไม่มีถ่ายดำและอาเจียน เป็นเลือด ค่าความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 34.5 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ วันนี้ตามญาติมาพบแพทย์เพื่ออธิบายถึงแนวทางการรักษาต่อโดยการส่งกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อหาสาเหตุของการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินส่วนต้น แต่เนื่องจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ยังไม่มีแพทย์ด้านระบบทางเดินอาหาร และเครื่องมือในการส่องกล้องจึงได้แนะนำให้พาผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลพร้อมกับการเอกซเรย์และส่งตัว และการเอกซเรย์รับรองสิทธิการรักษาให้กับผู้ป่วย ญาติและผู้ป่วยเข้าใจและยินยอมรับการรักษาต่อ วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดท้องไม่มีถ่ายดำและอาเจียนเป็นเลือด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที

อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 38.5 เปอร์เซนต์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาในการรักษา ตั้งแต่วันที่ 3-9 ตุลาคม พ.ศ. 2550 รวม 7 วันก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ไม่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ให้ยากลับไปรับประทานยาต่อที่บ้าน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติถึงสาเหตุการเกิดโรค เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารรสจัด รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ปัจจัยต่างๆเหล่านี้จะเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น อาหารที่ควรรับประทานควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย รสไม่จัด ไม่ควรรับประทานอาหารจนอิ่มเกินไป และควรไปตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรขาดยาเพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น เส้นเลือดในสมองแตก อัมพาต เป็นต้น อธิบายถึงสิ่งผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด ปวดท้องมาก เวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม หน้ามืด เป็นต้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการได้ให้การพยาบาล ศึกษาติดตามและประเมินผลผู้ป่วยเป็นเวลา 7 วัน มีการติดตามเยี่ยมอาการ 6 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะช็อก ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะช็อคจากการเสียเลือด โดยการให้เลือดและสารน้ำทดแทน ในระบบทางเดินอาหาร แผลในกระเพาะอาหาร ได้รับการรักษาโดยการให้ยาช่วยลดกรดในกระเพาะอาหารและรักษาแผลในกระเพาะอาหารอย่าง ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกจากการเสียเลือด และไม่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นเกิดขึ้น จนอาการผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับ การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การให้คำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรค เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง การตรวจตามนัด การรับยารักษาความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเป็นแนวทางใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด จนกว่าอาการจะคงที่ และต้องมีการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุของการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งโรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือในการส่องกล้องตรวจในระบบทางเดินอาหารจึงมีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจ ทำให้เกิดความยุ่งยาก ไม่สะดวกกับผู้ป่วยและญาติอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ไปรับการตรวจรักษาเพิ่มเติม การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรายนี้ทำได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง จากผู้ป่วยดื่มสุราทุกวัน ญาติไม่ใส่ใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นต้องใช้เวลามากในการให้ความรู้ ทำความเข้าใจให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องและมีกำลังใจในการดูแลตนเอง

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การประเมินผู้ป่วยมีความสำคัญมาก นอกจากการซักประวัติอาการสำคัญที่นำมาแล้ว ยังต้องประกอบกับการตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงในขณะนั้น เพื่อช่วยประเมินผู้ป่วย จึงมีการจัดทำแนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลทุกคนสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

10.2 ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ประเมิน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ มีการประสานงานส่งต่อข้อมูลกับหอผู้ป่วย เพื่อการวางแผน จำหน่ายและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวศรีสมบุญ หวายสกุล)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 8 ม.ค. 2552

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) Mrs. S

(นางศุภจิต นาคะรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

(วันที่) 9 ม.ค. 2552

(ลงชื่อ) สมจิตร พุ่มไทร

(นางสาวสมจิตร พุ่มไทร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

(วันที่) 9 ม.ค. 52

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของนางสาวศรีสมบุญ หรัยสกุล

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพร.53) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานการแพทย์

เรื่อง การลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

หลักการและเหตุผล

ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง ความไม่ถูกต้องที่พบในกระบวนการใดกระบวนการหนึ่งของการให้ยาซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรืออาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ในขณะที่ยานั้นอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการผู้ป่วยหรือผู้บริโภคนั้น เหตุการณ์ดังกล่าวอาจจะเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ ผลិតภัณฑ์ กระบวนการ และระบบ อันได้แก่การสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งการใช้ยา การเขียนฉลาก/บรรจุ/ตั้งชื่อผลิตภัณฑ์ การผสมยา การจ่ายยา การกระจายให้ยา(หรือการบริหารยา)

การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาสำหรับผู้ป่วยอาจมีผลกระทบทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

หออผู้ป่วยวิกฤตเริ่มให้บริการ เดือนกรกฎาคม 2551 จากใบรายงานอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่หออผู้ป่วยวิกฤต เดือนกันยายน 2551 มีจำนวนครั้งของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 6 ครั้ง ต่อจำนวนวันนอน101วันคิดเป็น 59.4 ต่อ 1000 วันนอน(คำนวณจากจำนวนอุบัติการณ์×1000/จำนวนวันนอน) ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นเกิดในระดับ D 4 ครั้ง ผิดหลักการให้ยา Right time (ถูกเวลา) 4 ครั้ง ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นเกิดในระดับ C 2 ครั้ง เป็นการผิดหลักการให้ยา Right patient (ถูกคน) 2 ครั้ง จากการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจากบุคลากรขาดความรู้ ไม่มีแนวทางการปฏิบัติการให้ยาเป็นลายลักษณ์อักษร จึงได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ และหาแนวทางแก้ไข

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามหลักการให้ยา 6 R คือ Right patient (ถูกคน), Right drug (ถูกยา), Right dose (ถูกขนาด), Right time (ถูกเวลา), Right route (ถูกทาง), Right method (ถูกวิธีเตรียมยา)

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากข้อกำหนดของสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลได้มีมาตรฐานการให้ยาและมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยผ่านทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อความถูกต้องในการให้ยาผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความถูกต้องตามหลักการให้ยา 6 ประการคือ

ถูกคน ผู้ให้ยาอาจดูจากป้ายชื่อมือหรือถามชื่อ-สกุลทุกครั้งก่อนการให้ยา ไม่ควรใช้หมายเลขเตียงผู้ป่วย

ถูกยา เพื่อป้องกันการให้ยาผิดผู้เตรียมยาและผู้ให้ยาควรเป็นคนเดียวกัน

ถูกขนาด การผสมยาต้องเที่ยงตรง เพื่อให้ยาได้ถูกต้องตามขนาดที่แพทย์สั่ง

ถูกเวลา การให้ยาถูกเวลามีความสำคัญ ยาบางชนิดการให้ยาผิดเวลาทำให้ฤทธิ์ของยามีผลต่อร่างกาย อาจทำให้ผลการรักษาหรือฤทธิ์ของยาลดลง

ถูกทาง การให้ยามีหนทางให้หลายทางและยาแต่ละชนิดมีทางที่จะให้เฉพาะ จำนวนมากที่ให้ได้เพียงทางเดียว อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับคำสั่งแพทย์และถูกต้องตามที่กำหนดไว้ที่ฉลากข้างขวด หนทางการให้ยาผู้ป่วยอาจพิจารณาจากอายุ ระดับความรู้สึกตัว และความรุนแรงของโรค

ถูกวิธีการเตรียม เพื่อความปลอดภัยในการเตรียมยาควรอ่านฉลากยา วิธีการผสมยา คำสั่งการรักษาให้ตรงกัน และให้ยาทันทีหลังเตรียมยาเสร็จ

จากทฤษฎีหลักการให้ยา นำมาซึ่งการจัดทำแนวทางการปฏิบัติการให้ยาเพื่อปรับปรุงระบบและลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา

กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรในหน่วยงาน ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
2. ประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และหาแนวทางแก้ไข
3. จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานและแบบประเมินการใช้แนวทาง เพื่อป้องกันการเกิดคลาดเคลื่อนทางยา

3.1 แนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามหลักการให้ยา 6 R มีดังนี้

Right patient (ถูกคน)

- ในรายผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จัดให้มีการทวนสอบ ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกชื่อ-สกุลของตนเอง
- ในรายผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว จัดให้มีการทวนสอบ ชื่อ-สกุลของผู้ป่วยโดยตรวจสอบกับป้ายชื่อมือของผู้ป่วย

Right drug (ถูกยา), Right dose (ถูกขนาด), Right time (ถูกเวลา), Right route (ถูกทาง)

- จัดให้มีการทวนสอบกับใบแจ้งการให้ยา และมีกร Double check โดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ลงบันทึกการให้ยา เวลาตามเวลาที่ให้จริง ลงชื่อผู้ให้ยา ในใบแจ้งการให้ยาทันทีหลังการให้ยา

Right method (ถูกวิธีเตรียมยา)

- รถเตรียมยาและฉีดยามีคู่มือการเตรียมยา การผสมยาซึ่งจัดทำโดยกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อใช้ทบทวนและตรวจสอบความถูกต้อง

3.2 แนวทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยมีการกำหนดแนวทางการเขียนใบแจ้งการให้ยาใหม่เพื่อให้ชัดเจน ถูกต้อง สะดวกในการใช้งานและการทวนสอบ ดังนี้

- จัดทำป้ายที่ใบแจ้งการให้ยาระบุยารับประทาน ยาฉีด โดยกำหนดป้ายยากินสีเหลืองป้ายยาฉีด สีส้ม
- ชนิดของยาที่กำหนดให้เวลาเดียวกันให้เขียนต่อเนื่องกันและยาที่ให้หลังสุด เขียนอันดับสุดท้ายเช่น ยาก่อนนอน
- กำหนดการเขียนใบแจ้งการให้ยาที่ชัดเจน ยารับประทานชื่อยาใช้ปากกาสีน้ำเงินช่วงเวลาให้ยา ใช้ปากกาสีแดง ยาฉีดชื่อยาใช้ปากกาสีแดงช่วงเวลาให้ยาใช้ปากกาสีน้ำเงิน
- ยาที่แพทย์มีคำสั่งให้หยุดการให้ยา ให้ยกเลิกรายการ โดยขีดเส้นตรงตลอดทั้งเส้นในช่องยานั้น และเขียนคำว่า off พร้อม วัน เดือน ปี ที่หยุดให้ยา ด้วยปากกาสีน้ำเงินในยาฉีดและปากกาสีแดงในยารับประทานเพื่อให้ดูชัดเจน
- ขีดเส้นกั้นในแต่ละช่วงเวลาของยาแต่ละชนิด โดยกำหนดยารับประทานใช้ปากกาสีน้ำเงินและ ยาฉีดใช้ปากกาสีแดง
- ไม่เขียนชื่อยารวมในช่องเดียวกันแม้จะให้ยาเวลาเดียวกันเพราะยาแต่ละชนิดแพทย์อาจจะมีคำสั่งหยุดการให้ยาไม่พร้อมกัน
- ปรับปรุงใบแจ้งการให้ยาใหม่ให้สะดวกใช้งาน โดยเพิ่มใบ Index คั่นทุกใบระบุว่ายารับประทานและยาฉีด

3.3 แบบประเมินการใช้แนวทาง

ตัวอย่างใบประเมินแนวทางการปฏิบัติ

ให้ลงเครื่องหมาย / ในช่องว่าง

วิธีปฏิบัติ	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	หมายเหตุ
Right patient (ถูกคน) - ในรายชื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว จัดให้มีการทวนสอบ ชื่อ-สกุลของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกชื่อ-สกุลของตนเอง			
- ในรายชื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว จัดให้มีการทวนสอบ ชื่อ-สกุลของผู้ป่วยโดยตรวจสอบกับป้ายชื่อมือของผู้ป่วย			
Right drug (ถูกยา), Right dose (ถูกขนาด), Right time (ถูกเวลา), Right route (ถูกทาง) - จัดให้มีการทวนสอบกับใบแจ้งการให้ยา			
- มีการ Double check โดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน			
Right method (ถูกวิธีเตรียมยา) - รถเตรียมยาและฉีดยามีคู่มือการเตรียมยา การผสมยา ซึ่งจัดทำโดยกลุ่มงานเภสัชกรรมเพื่อใช้ทบทวนและตรวจสอบความถูกต้อง			

- อธิบายแนวทางการปฏิบัติให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติให้รับทราบแนวทางการปรับเปลี่ยนให้ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทดลองใช้แนวทางการปฏิบัติและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินที่ สร้างขึ้น
- รวบรวมข้อมูลทั้งหมดปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงแนวทางการ ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ
- นำแนวทางการปฏิบัติไปใช้และติดตามประเมินผล
- รวบรวมและประเมินผลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบรายงานอุบัติการณ์ของ บุคลากรในหน่วยงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามหลักการให้ยา 6 R
- ลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากความคลาดเคลื่อนทางยา
4. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีความรู้ สามารถปฏิบัติตามคู่มือการให้ยาได้ถูกต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเท่ากับ 0 : 1000 วันนอน

ลงชื่อ

(นางสาวศรีสมบูรณ์ ทรัพย์สกุล)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 8 / ๒๕๖ / ๕๒