

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การจัดทำสื่อการสอนเรื่องตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันในรูปแบบวีซีดี

เสนอโดย

นางสายสุดา ศรีสันเทียะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 964)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 23 วัน (ตั้งแต่วันที่ 17 สิงหาคม 2550 ถึงวันที่ 8 กันยายน 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

คำจำกัดความ

ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) คือการอักเสบเฉียบพลันของตับอ่อนและอาจมีผลต่อเนื้อเยื่อหรืออวัยวะระบบอื่นเกิดจากตับอ่อนถูกทำลายด้วยน้ำย่อยของตับอ่อนเอง ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันไปตั้งแต่มีอาการเพียงเล็กน้อยจนถึงกลุ่มที่มีอาการรุนแรง มีการตายของเนื้อเยื่อตับอ่อนและมีการทำงานของอวัยวะต่างๆล้มเหลว ซ็อกและอาจเสียชีวิตได้

สาเหตุการเกิดตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบ อย่างไรก็ตามมีสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคดังนี้

1. นิ่วในถุงน้ำดีและท่อน้ำดี คือ ก้อนนิ่วอาจจะหลุดเข้าไปอุดตันที่ทางออกปากทางของท่อน้ำดีที่จะลงไปลำไส้เล็กทำให้ท่อน้ำย่อยตับอ่อนอุดตันและดันกลับมาที่ตับอ่อน ทำให้น้ำย่อยของตับอ่อนทำลายเนื้อเยื่อของตับอ่อนเอง แต่อาการเหล่านี้มักพบชั่วคราวหากแก้ปัญหาเรื่องนิ่วได้ อาการตับอ่อนอักเสบก็จะหายไปในที่สุด
2. เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์อาจทำลายเนื้อเยื่อตับอ่อนโดยตรงหรือไปกระตุ้นฮอร์โมนบางตัวในร่างกายทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้นและตับอ่อนขับน้ำย่อยมากขึ้นจนทำให้น้ำย่อยทำลายตับอ่อน
3. เกิดจากเชื้อไวรัส เช่น คางทูม ไวรัสตับอักเสบ
4. การใช้ยาบางชนิด เช่น ไทอาไซด์ เตตระซัยคลิน ซัลโฟนาไมด์ และกลูโคคอร์ติคอร์ดี
5. เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ เช่น ถูกกระแทกอย่างรุนแรงที่หน้าท้องด้านบน
6. ความผิดปกติของเมตาบอริซึม เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง
7. หลังผ่าตัดบริเวณใกล้เคียงตับอ่อนทำให้ตับอ่อนถูกกระทบกระเทือนหรือจากการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography)

พยาธิสภาพ

การเกิดตับอ่อนอักเสบยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่มักจะมี ความเกี่ยวข้องหรือมีสาเหตุส่งเสริมจากการดื่มสุรา ภาวะติดเชื้ของทางเดินน้ำดี ทำให้มีการย่อยสลายตัวเอง (autodigestion) โดยมีการกระตุ้นเอนไซม์ย่อยอาหาร (digestive enzyme) ในแอกซินาร์เซลล์ (acinar cell) เอนไซม์ที่ถูกกระตุ้นจะเคลื่อนออกมาจากไซโมเจนแกรนูล (zymogen granule) และแอกซินาร์เซลล์ที่ถูกทำลายจึงเกิดการอักเสบ บวมแดง นอกจากนี้เอนไซม์จากตับอ่อน เช่น โปรติเอส (protease) อะมัยเลส (amylase) และไลเปส (lipase) ที่อยู่

ในท่อทางเดินของตับอ่อนมีความดันเพิ่มขึ้นและแตกออก จึงทำให้เกิดการตายของตับอ่อนมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงบริเวณส่วนบนหรือบริเวณยอดอกด้านซ้ายและปวดหลังร่วมด้วย อาเจียน ท้องเดิน มีสารเหลวคั่งในช่องท้อง (ascites) มีไข้ ท้องอืด กดเจ็บ มีเชื้อหุ้มปอดอักเสบ อาจเกิดเบาหวานตามมา และการดูดซึมไขมันไม่ดี จึงทำให้ถ่ายอุจจาระเป็นไขมันออกมา (steatorrhea)

อาการ

ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงและเกิดขึ้นทันทีทันใด มักเกิดที่บริเวณลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงด้านซ้าย อาจมีการปวดร้าวไปบริเวณหลัง อาการปวดนี้จะเกิดขึ้นตลอดเวลา เป็นอยู่หลายชั่วโมงถึงหลายวัน มักจะปวดมากในท่านอนหงายและลดลงเมื่อผู้ป่วยนอนงอตัวหรือนั่งก้มหน้ามาด้านหน้า อาการอื่นที่พบร่วมด้วยคือ มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ในรายที่เป็นรุนแรงอาจช็อกและเสียชีวิตได้ การตรวจร่างกายจะพบกดเจ็บที่บริเวณลิ้นปี่ ถ้าใส่บิบบิลด์ลดลง ถ้าอาการรุนแรงอาจตรวจพบจ้ำเลือดขึ้นที่บริเวณเอว (Gray Turner's sign)

การวินิจฉัย

1. อาการปวดท้อง (acute abdominal pain) ที่มีลักษณะเข้ากันได้กับตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเอนไซม์อะมัยเลสและไลเปสสูงกว่าปกติสามเท่า
3. การตรวจทางรังสีวิทยา
 - 3.1 การตรวจภาพรังสีช่องท้อง (plain abdomen) มีประโยชน์ในการช่วยแยกโรคอื่น
 - 3.2 การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ (ultrasound) มีประโยชน์ในการตรวจหาน้ำในกระเพาะปัสสาวะ แต่การตรวจดูความผิดปกติของตับอ่อนและท่อทางเดินน้ำดีส่วนปลายพบว่า มีขีดจำกัด และไม่สามารถบอกได้ว่ามีเนื้อเยื่อของตับอ่อนตาย (pancreatic necrosis)
 - 3.3 การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ตรวจดูรายละเอียดของตับอ่อนได้ดี สามารถประเมินความรุนแรงของโรค ระดับของการเกิดเนื้อตาย (Degree of necrosis) และใช้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดถุงน้ำเทียม (Pseudocyst) ฝีของตับอ่อน (Pancreatic abscess) นอกจากนี้ยังช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคในช่องท้องที่ทำให้การปวดท้องเหมือนตับอ่อนอักเสบ
 - 3.4 การถ่ายภาพด้วยพลังจากสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging) ไม่ค่อยนิยมตรวจ เพราะข้อมูลที่ได้อาจจะใกล้เคียงกับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

การรักษา

ส่วนใหญ่มักเป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการอักเสบและลดการกระตุ้นตับอ่อนในการผลิตน้ำย่อยรวมทั้งป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1. งดอาหารและน้ำทุกชนิดและใส่สายยางเข้าไปในกระเพาะอาหารเพื่อดูดเอาลมและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารออกทางเครื่องดูดสูญญากาศ ลดอาการท้องอืดแน่นและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งทำให้ตับอ่อนลดการสร้างน้ำย่อยที่ผลิตที่ตับอ่อน

2. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย หากร่างกายได้รับสารน้ำไม่เพียงพอจะทำให้การไหลเวียนเลือดภายในตับอ่อนไม่ดี อาจทำให้เนื้อตับอ่อนตาย (pancreatic necrosis) มากขึ้น

3. อาจให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำตาม เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการเพียงพอ

4. การให้เลือดหรือพลาสมาถ้ามีปริมาณเลือดลดลง

5. ดูแลให้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจในรายที่มีอาการรุนแรง เลี่ยงต่อการช็อก

6. การรักษาด้วยยา ยาที่ใช้ในการรักษาอาการตับอ่อน คือ

6.1 ยาลดอาการปวด ยาแก้ปวดที่นิยม คือ เพทิดีน (pethidine) เนื่องจากมีผลทำให้การบีบตัวของหูรูดอดดี (Sphincter of Oddi) น้อยกว่ามอร์ฟีน

6.2 ยาช่วยย่อย (เอนไซม์ตับอ่อน) ในผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระมีไขมันมากเนื่องจากได้เอนไซม์ไม่เพียงพอ

6.3 ถ้ามีโรคเบาหวานแทรกซ้อนเนื่องจากไอสเลตเซลล์ (Islet cell) ถูกทำลาย ให้การรักษาด้วยอินซูลิน (insulin) และติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

6.4 ยาที่ยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยจากตับอ่อน เช่น อะโทรปีน (atropine)

6.5 เกลือ่น้ำดีช่วยในการย่อยและช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน

6.6 ยาปฏิชีวนะ ในรายที่มีอาการแสดงของการติดเชื้อจนกว่าอาการปวดจะลดลง เอนไซม์ของตับอ่อนและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกลับสู่ค่าปกติ

7. การรักษาด้วยการผ่าตัด ในรายที่มีฝีหรือถุงน้ำเทียม (Pseudo cyst) หรือเยื่อช่องท้องอักเสบรุนแรงเป็นการตัดเนื้อตายและล้างน้ำย่อยที่ทำลายช่องท้อง

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 71 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 10 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ อาการสำคัญที่นำมาคือ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง จุกแน่นลิ้นปี่ ไม่สัมพันธ์กับท่าทาง รับประทานอาหารแล้วปวดมากขึ้น อาเจียน 3-4 ครั้ง ถ่ายเหลว 3 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์ตรวจร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมีอาการกดเจ็บบริเวณลิ้นปี่ หน้าท้องแข็งเกร็ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาปริมาณน้ำย่อยจากตับอ่อนในซีรัมพบเอนไซม์ไลเปส 945 หน่วยต่อลิตร (ค่าปกติ 0-110 หน่วยต่อลิตร) เอนไซม์อะมัยเลส 579 หน่วยต่อลิตร (ค่าปกติ 56-190 หน่วยต่อลิตร) และแลคเตส ดีไฮโดรจีเนส 1222 หน่วยต่อลิตร (ค่าปกติ 230-460 หน่วยต่อลิตร) ตรวจภาพรังสีช่องท้องพบลำไส้ข้างขวาไม่มีการเคลื่อนไหว และตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบตับอ่อนบวม และเซลล์ของเนื้อเยื่อตับอ่อนตาย 50 เปอร์เซ็นต์ แพทย์วินิจฉัยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน กลุ่มอาการ

รุนแรง และย้ายผู้ป่วยมารักษาต่อที่หออภิบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2550 เวลา 01.30 นาฬิกา เลขที่ภายนอก 37770/49 เลขที่ภายใน 18489/50 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดีมีอาการปวดทั่วๆท้อง หน้าท้องแข็งเกร็งและกดเจ็บบริเวณลิ้นปี่ ไม่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ คลื่นไส้อาเจียน หายใจเร็วตื่น กระสับกระส่าย อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 196/107 มิลลิเมตรปรอท และวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 94 เปอร์เซ็นต์ แพทย์อายุรกรรมได้ปรึกษาแพทย์ระบบทางเดินอาหารร่วมรักษาผู้ป่วย ดูแลให้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อลดการอักเสบ บรรเทาอาการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยลดการทำงานของตับอ่อน เพื่อยับยั้งการสร้างและการหลั่งน้ำย่อยจากตับอ่อน ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากการอักเสบของตับอ่อน ให้ยาแก้ปวด pethidine 25 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมงพร้อมทั้งติดตามอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการชัก การกดการหายใจ ประเมินระดับความรุนแรงของการปวดอยู่ที่ 10 คะแนน เบี่ยงเบนความเจ็บปวดของผู้ป่วยโดยแนะนำวิธีการหายใจเข้าออกลึกๆและเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จัดทำนอนที่สุขสบายในท่างอตัวเข้าชิดอกเพื่อลดอาการปวด สื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้ถ้อยคำที่สั้น กระชับ ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาล งดอาหารและน้ำทุกชนิด และใส่สายยางเข้าไปในกระเพาะอาหารดูดเอาลมและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารออกทางเครื่องดูดสูญญากาศเพื่อลดอาการท้องอืดแน่น คลื่นไส้อาเจียนและลดการหลั่งน้ำย่อยจากตับอ่อน ให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร Losec 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง บันทึกลักษณะสี ปริมาณของน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารทุก 8 ชั่วโมง พบว่าน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารเป็นสีเขียวปริมาณเล็กน้อยคาสายยางให้อาหาร ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำชนิด 5%D/NSS 1000 มิลลิลิตร หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผลการตรวจปัสสาวะพบความถ่วงจำเพาะ 1.028 แพทย์จึงเพิ่มการให้สารน้ำชนิด 0.9 %NSS 1000 มิลลิลิตร หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำที่เพียงพอ ซึ่งหากร่างกายได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ จะทำให้การให้เวียนเลือดภายในตับอ่อนไม่ดีเกิดการตายของเนื้อตับอ่อนมากขึ้นใส่สายสวนปัสสาวะคาเพื่อบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากตับอ่อนอักเสบ ผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็วตื่น กระสับกระส่าย แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยอาจมีโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการตรวจระดับเอนไซม์หัวใจพบว่า Creatine Kinase (CK) 109 ยูนิตต่อลิตร (ค่าปกติ 24-195 ยูนิตต่อลิตร) Creatine Kinase Myocardial Band (CK-MB) 15 ยูนิตต่อลิตร (ค่าปกติ 0-25 ยูนิตต่อลิตร) Troponin-T น้อยกว่า 0.01 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (ค่าปกติ 0.0-0.1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ออกซิเจนทางจมูก 4 ลิตรต่อนาที บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 37-37.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 177/105 – 196/107 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 93-95 เปอร์เซ็นต์ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (EKG monitor) พบว่าหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ อัตราสม่่าเสมอ 100-110

ครั้งต่อมาที่ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนรวมทั้งวางแผนการพยาบาลก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด เป็นการลดการใช้ออกซิเจนไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือปลายมือปลายเท้าเย็นซีด ให้ยาปฏิชีวนะ Ciprofloxacin 400 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา ไม่มีอาการถ่ายอุจจาระเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะเบาหวานแทรกซ้อนจากตับอ่อนอักเสบ ซึ่งทำให้การสร้างอินซูลินในร่างกายลดลง แรกเริ่มระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูง 264 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 70-110 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมงอยู่ในช่วง 216-266 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการซึมหมดสติ อาการทางสมอง ชัก จากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยรายนี้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อิเล็กโทรไลต์ปกติ โซเดียม 138 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 136-145 มิลลิโมลต่อลิตร) โพแทสเซียม 3.6 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) คลอไรด์ 100 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อลิตร) คาร์บอนไดออกไซด์ 25 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 22-32 มิลลิโมลต่อลิตร)

18 สิงหาคม 2550 จากการตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยยังมีอาการปวดท้อง อึดอัดแน่นท้อง คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน หน้าท้องแข็งเกร็งและกดเจ็บบริเวณลิ้นปี่ ไม่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ กระสับกระส่าย หายใจเร็วตื่นโดยเฉพะเวลาเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารและน้ำทุกชนิดและต่อสายยางให้อาหารกับเครื่องดูดสูญญากาศ ผู้ป่วยหลังได้รับยา pethidine 25 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง อาการปวดทุเลา ระดับความปวดอยู่ที่ 8 คะแนน แพทย์จึงปรับลดยาให้เป็นทุก 6 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวด ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับที่สุขสบายในท่าอตัวเข้าชิดอกเพื่อลดอาการปวด ให้ออกซิเจนทางสายยางจุมกปริมาณ 4 ลิตรต่อนาทีหลังได้รับออกซิเจนผู้ป่วยหายใจดี ไม่มีปลายมือปลายเท้าเย็นซีด ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเดิม หลังจากงดอาหาร น้ำและยาลดความดันโลหิตทำให้ระดับความดันโลหิตสูง 212/104 มิลลิเมตรปรอท ให้ยาลดความดันโลหิต Nicardipine 20 มิลลิกรัมผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตรทาง หลอดเลือดดำอัตรา 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังได้รับยา ระดับความดันโลหิตยังสูงจึงเพิ่มอัตราการไหลของยาเป็น 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อรักษาระดับความดันซิสโตลิกอยู่ในช่วง 140-150 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อุณหภูมิร่างกาย 37.5-37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 183/99-212/104 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 93-95 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีภาวะอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายไม่สมดุล จากผลการตรวจพบโพแทสเซียมต่ำ 2.7 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์รักษาโดยให้สารน้ำชนิด 5%D/NSS 1000 มิลลิลิตรผสม KCL 40 mEq ทางหลอดเลือดดำอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจพบหัวใจเต้นเร็วผิดปกติอัตราสม่ำเสมอ

100-110 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยหลังได้รับยา KCL ไม่มีอาการชาตามแขนขา ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำและภาวะหัวใจหยุดเต้น ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมงอยู่ในช่วง 213-233 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยไม่มีอาการซึม หมดสติ ชัก อาการทางสมองจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง

19 สิงหาคม 2550 ผู้ป่วยยังมีอาการปวดท้อง อึดอัดแน่นท้อง กดเจ็บบริเวณลิ้นปี่ คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน ผู้ป่วยยังคงดื่มน้ำและอาหารทุกชนิด และต่อสายยางให้อาหารกับเครื่องดูดสูญญากาศ ติดตามและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก พบว่าปริมาณน้ำเข้ามากกว่าออก ลักษณะของน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารเป็นสีเขียวปริมาณเล็กน้อยคาสาย ดูแลให้ pethidine 25 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวดระดับความปวดลดลงอยู่ที่ 7 คะแนน ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย กระสับกระส่าย ดูแลให้ออกซิเจนทางสายยางจุมุกปริมาณ 4 ลิตรต่อนาที แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยอาจมีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการตรวจระดับเอนไซม์หัวใจซ้ำ Creatine Kinase (CK) 47 ยูนิตต่อลิตร Creatine Kinase Myocardial Band (CK-MB) 7 ยูนิตต่อลิตร Troponin-T น้อยกว่า 0.01 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร และถ่ายภาพรังสีทรวงอก ผลปกติ สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 36-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100-115 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/71 – 162/105 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มยาลดความดันโลหิต Niacardipine (1:5) ทางหลอดเลือดดำอัตรา 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 224 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์จึงเริ่มให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด Humulin N 4 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนังก่อนอาหารเช้าและก่อนนอน ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมงหลังได้รับยาอยู่ในช่วง 190-196 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ พร้อมทั้งสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ใจสั่นซึ่งไม่พบอาการผิดปกติ ผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์พบโพแทสเซียมในเลือดเพิ่มเป็น 3 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์จึงลดอัตราการไหลของสารน้ำ ชนิด 5 %D/NSS 1000 มิลลิลิตร ผสม KCL 40 mEq ทางหลอดเลือดดำจากอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเป็น 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สังเกตความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบภาวะหัวใจห้องล่างเต้นก่อนกำหนด (Premature Ventricular Contraction) 1-2 ครั้งต่อนาที

20 สิงหาคม 2550 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้องลดลง คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน หน้าท้องแข็งเกร็งลดลง แต่ยังมีกดเจ็บบริเวณลิ้นปี่ ระดับความปวดอยู่ที่ 5-6 คะแนน ผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวด ยังได้รับประทานอาหารและน้ำทางปากทุกชนิด และต่อสายยางให้อาหารกับเครื่องดูดสูญญากาศ สังเกตลักษณะของน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารเป็นสีเขียวคาสาย บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุล ให้ออกซิเจนทางสายยางจุมุก 4 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจดี ไม่มีหอบเหนื่อยและปลายมือปลายเท้าเย็นซิด บันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 35.9-37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 79-96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/70-164/88 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์ต้องการ ยังคงให้ยาลดความดันโลหิต Niacardipine (1:5) ทางหลอดเลือดดำอัตรา 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 210 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงเพิ่มขนาดยาลดระดับน้ำตาลจาก Humulin N 4 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนังก่อนอาหารเช้าและก่อนนอนเป็น Humulin N 6 ยูนิต ก่อนอาหารเช้าและก่อนนอนติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยาระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในช่วง 125-186 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ติดตามผลตรวจจี้เล็ก โตรไลด์ พบโพแทสเซียมเพิ่มขึ้นเป็น 3.2 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์จึงลดอัตราการให้สารน้ำ 5 %D/NSS 1000 มิลลิลิตร ผสม KCL 40 mEq จากอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเป็น 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังได้รับยา ไม่พบอาการข้างเคียงจากการได้รับยา KCL คลื่นไฟฟ้าหัวใจจากเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (EKG monitor) ไม่พบภาวะหัวใจห้องล่างเต้นก่อนกำหนด (Premature Ventricular Contraction)

21 สิงหาคม 2550 ผู้ป่วยยังมีอาการปวดท้อง ท้องอืดแน่นท้องลดลง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หน้าท้องแข็งเกร็งลดลง แต่ยังคงเจ็บบริเวณลิ้นปี่ ระดับความปวดอยู่ที่ 4-5 คะแนน ผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวด แพทย์ระบบทางเดินอาหารจึงหยุดการใช้เครื่องดูดสุญญากาศเปลี่ยนเป็นต่อสายยางให้อาหารลงถุงพลาสติก และเปลี่ยนการให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารจาก losec เป็น controloc 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ถอดสายสวนปัสสาวะเพื่อลดการติดเชื้อ หลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เองตามปกติ บันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 35-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 82-85 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/78-158/95 มิลลิเมตรปรอท ยังคงให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาเดิม ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอยู่ในช่วง 120-160 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงลดการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากทุก 6 ชั่วโมงเป็น ทุก 12 ชั่วโมง ดูแลให้ยาลดน้ำตาลตามแผนการรักษาและสังเกตอาการหลังได้รับยา ไม่พบอาการผิดปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบระดับอัลบูมินในเลือดลดลง 2.1 กรัมต่อเดซิลิตร แพทย์รักษาโดยให้ 25% Human Albumin 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำใน 2 ชั่วโมง วันละ 1 ครั้ง จำนวน 2 วัน และผลตรวจโพแทสเซียมเพิ่มขึ้นเป็น 3.6 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์จึงลดความเข้มข้นของยา KCL จาก 40 mEq เป็น 20 mEq ผสมใน 5%D/NSS 1000 มิลลิลิตร หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผลการตรวจเอนไซม์อะมีเลสลดลงอยู่ที่ 99 ยูนิตต่อลิตร แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยย้ายไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 วันที่ 21 สิงหาคม 2550 รวมระยะเวลาที่รับการรักษาในหออภิบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 4 วัน

ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง กดเจ็บที่ลิ้นปี่และท้องแข็งเกร็งลดลง ถ้าไส้เริ่มมีการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยได้รับสารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดชนิด Kabiven 1920 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากเข้าสู่วันที่ 11 ไม่มีอาการปวดท้อง เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มมากขึ้น แพทย์พิจารณาเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารหลังถอดสายยางให้อาหารออก โดยให้น้ำหวาน 200 มิลลิลิตรจำนวน 4 มื้อต่อวันและต่อมาเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย งดอาหารไขมัน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้

อาเจียนแต่ยังมีอาการแน่นท้องหลังรับประทานอาหาร แพทย์ให้การรักษาดังนี้ Motilium รับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็นและให้เอนไซม์ตับอ่อน Creon 10000 รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ศึกษาร่วมอาหารค่ำแรกเพื่อช่วยในการย่อย หลังจากนั้นอาการดีขึ้น ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีอยู่ในช่วง 120/70-140/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จึงหยุดการให้ยา Nicardipine ทางหลอดเลือดเปลี่ยนเป็นยา Amlodipine 10 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า และ Hydralazine 25 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 2 เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ติดตามผลการตรวจโพแทสเซียมและอัลบูมินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ต่อมาแพทย์อนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยย้ายไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 4 ได้ในวันที่ 31 สิงหาคม 2550 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี แพทย์จึงหยุดการให้สารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดและตรวจอัลตราซาวด์ พบถุงน้ำเทียม (Pseudocyst) บริเวณหางตับอ่อนขนาด 1.4 เซนติเมตร ดูแลให้การรักษาพยาบาลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอยู่ในช่วง 70-100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงหยุดให้ยาลดระดับน้ำตาล และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง อึดอัดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ติดตามผลการตรวจเอนไซม์อะมัยเลส 62 ยูนิตต่อลิตรและไลเปส 20 ยูนิตต่อลิตร อยู่ในเกณฑ์ปกติ สัญญาณชีพปกติ อุนหภูมิร่างกาย 36-37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 70-85 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70-140/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 8 กันยายน 2550 รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 23 วัน พยาบาลได้ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องมาก จุกแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ให้รีบมาพบแพทย์ทันที และแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจอายุรกรรมในวันที่ 24 กันยายน 2550 เวลา 08.00 นาฬิกา และห้องตรวจทางเดินอาหารวันที่ 26 กันยายน 2550 เวลา 08.00 นาฬิกา เพื่อติดตามผลการรักษาและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันเป็นเวลา 23 วัน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากการอักเสบของตับอ่อน ปริมาณสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายลดลงและอาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ในร่างกายจากขบวนการอักเสบของตับอ่อน ผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากระดับอินซูลินในร่างกายลดลงจากภาวะตับอ่อนอักเสบ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลและขาดความรู้เกี่ยวกับโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน การวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมครบถ้วนทำให้ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษามีอาการทุเลา ไม่มีอาการปวดท้อง อึดอัด แน่นท้อง และไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ผลตรวจเอนไซม์ไลเปสและอะมัยเลสปกติ สัญญาณชีพปกติ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 8 กันยายน 2550 และนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลการรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมวันที่ 24 กันยายน 2550 และห้องตรวจทางเดินอาหารวันที่ 26 กันยายน 2550

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำในการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันซึ่งเป็นการพัฒนาตัวเองให้ดียิ่งขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

การวินิจฉัยแยกโรคจากผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่มีอาการปวดที่บริเวณท้องตอนบนอย่างรุนแรงในผู้ป่วยรายนี้ค่อนข้างวินิจฉัยยากเนื่องจากมีหลายโรคที่อาการคล้ายกัน โดยผู้ป่วยรายนี้มีอาการเหนื่อย กระสับกระส่าย จุกแน่นลิ้นปี่และปวดท้องตลอดเวลา แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยอาจมีโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการตรวจระดับเอนไซม์หัวใจทุก 6 ชั่วโมงและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 2 วันแรกที่ผู้ป่วยนอนในหออภิบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะเบาหวานแทรกซ้อนจากภาวะตับอ่อนอักเสบ ได้รับการรักษาด้วยการให้อินซูลิน ดูแลติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เฝ้ารวังและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ซึม เหงื่อออก หน้ามืด ใจสั่น เพราะแนวโน้มที่ระดับน้ำตาลจะกลับมาสู่ปกตินั้นเร็วมาก เมื่อรักษาภาวะตับอ่อนอักเสบดีขึ้น หลังได้รับการรักษาควบคุมระดับน้ำตาลได้คืออยู่ในช่วง 70-100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงหยุดการให้อินซูลินและให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

10. ข้อเสนอแนะ

ประสานงานกับหน่วยทางเดินอาหารของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลในการจัดทำวีซีดีช่วยสอนและเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันและแจกให้ประชาชนที่สนใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันกำเริบซ้ำ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ สาวยศุภา ศรีสันเทียะ

(นางสายสุตา ศรีสันเทียะ)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 2 มีนาคม 2552

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ 

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

วันที่ ๒ ๓.ค. 2552

ลงชื่อ 

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

วันที่ ๓ ๓.ค. 2552

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวสุตา ศรีสันเทียะ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ.964) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์
เรื่อง การจัดทำสื่อการสอนเรื่องคืบอ้อนอักเสบเฉียบพลันในรูปแบบวีซีดี

หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยในด้านสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยมและพฤติกรรมของสังคมไทย ทำให้วิถีชีวิตของคนไทยรวมถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป จากสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีการแข่งขันสูง สภาพครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ทุกคนต้องดิ้นรนทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ทำให้มีเวลาสนใจสุขภาพลดลง ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ ประชาชนขาดคุณภาพชีวิตมีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศเป็นพิษ โลกร้อน การจราจรติดขัด ประกอบกับมีโรคสมัยใหม่เกิดขึ้นมากมายและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมในการดำรงชีวิตที่ไม่ถูกต้อง เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด การรับประทานอาหารแบบเร่งด่วนนิยมบริโภคอาหารเช่นเดียวกับชาติตะวันตก เน้นที่เนื้อสัตว์ นมเนยและแป้งมาก รวมทั้งประชาชนยังขาดความรู้และความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันโรคจนกว่าจะเกิดโรคแล้วมารักษา ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับบุคคลหรือในครอบครัวโดยย่อมาก่อนให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลหรือครอบครัวนั้นเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตเช่นเดิม ครอบครัวจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยและหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดีพอมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานทำให้สังคมต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจในการรับภาระดูแลผู้ป่วยสถานการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้ต้องใช้กลยุทธ์ใหม่ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขโดยเน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วย จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่9 (พ.ศ.2545-2549) มุ่งเน้นการพัฒนาแบบองค์รวมโดยยึดคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา กล่าวคือ พัฒนาปัจจัยต่างๆที่มีลักษณะเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติมีแนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพคือ การสร้างสุขภาพเชิงรุก มุ่งสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนควบคู่กับการมีหลักประกันที่อุ่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เอื้ออาหารและมีคุณภาพเมื่อยามจำเป็น โดยสังคมทุกส่วนและทุกระดับมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพและการจะพัฒนาศักยภาพคนให้บรรลุต้องเน้นที่การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมที่ถูกต้อง สร้างเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพในการส่งเสริมและป้องกันโรคเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจและคุณค่าในอันที่จะนำไปสู่คุณภาพของชีวิต

จากอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันของหออภิบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วิทยาลัย แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548-2550 พบจำนวน 14 ราย จากการศึกษา พบว่าการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและการประเมินผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันอย่างครอบคลุม จะทำให้ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างเหมาะสม รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของ ภาวะแทรกซ้อนตลอดจนอัตราการตายได้ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงมี โอกาสที่จะสังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถประเมินอาการของผู้ป่วย ตรวจสอบความ ผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ ผู้ป่วยและญาติโดยวิธีการสอนอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การพูดคุย การสนทนาในขณะที่ตรวจเยี่ยมอาการของ ผู้ป่วย หรืออาจเป็นการสอนแบบเป็นทางการ เช่นการจัดอบรม การสอนผู้ป่วยและญาติเป็นกลุ่ม นอกจากนี้ วิธีการสอนดังกล่าวแล้ว การมอบสื่อการสอนในรูปแบบวีซีดีโดยให้ผู้ป่วยและญาติกลับไปทบทวนที่บ้านก็ เป็นอีกวิธีหนึ่งในการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ช่วยลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้ญาติ มีการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถแนะนำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพไปถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

กรอบแนวคิดตามทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 66-72) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดสุขภาพดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอันจะนำไปสู่ความเป็นปกติสุขของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้านได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด จะเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นส่วน หนึ่งของปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้มีความสัมพันธ์ต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลที่มี การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้เกิดแรงจูงใจ เอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี ตลอดไป ส่วนบุคคลจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ขาดแรงจูงใจและขาดความเอาใจใส่ใน การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันเป็นโรกระบบทางเดินอาหารที่พบได้ไม่บ่อยนัก แต่ในรายที่เป็นรุนแรงจะมีอัตราการตายค่อนข้างสูงซึ่งเกิดจากตับอ่อนถูกทำลายด้วยน้ำย่อยของตับอ่อนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตับอ่อนตั้งแต่บวมเพียงเล็กน้อยไปจนถึงมีการตายของตับอ่อนและเนื้อเยื่อข้างเคียงอย่างมาก ผู้ป่วยอาจมีการปวดท้องเล็กน้อยไปจนถึงการเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ ความรุนแรงของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลสามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้รวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น ในรายที่พยาศภาพไม่รุนแรงหรือได้รับการช่วยเหลือจนสามารถรอดชีวิตและสามารถออกจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลรักษาต่อที่บ้าน หากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดีพอมีจะเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบกำเริบซ้ำ (recurrent attacks of pancreatitis) ดังนั้นการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค สาเหตุของโรค อาการ การรักษา การป้องกันและการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน โดยจัดทำแผนการสอนสุขศึกษาเรื่องตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันในรูปแบบวีซีดีโดยใช้ภาษาที่สั้นกระชับ ชัดเจนและเข้าใจง่าย รวมทั้งมีรูปภาพประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติกลับไปทบทวนที่บ้านอีกครั้ง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าและสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวล รวมทั้งญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ศึกษา ค้นคว้าและรวบรวมความรู้ทางวิชาการจากหนังสือเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของโรค สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันและการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน จากนั้นเรียบเรียงข้อมูลทั้งหมดลงในหน่วยเก็บข้อมูลภายนอก (Handy Drive) โดยมีเนื้อหาและภาพประกอบคำบรรยาย รวมทั้งคำถามท้ายคำบรรยายจำนวน 10 ข้อ โดยใช้ภาษาที่สั้นกระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย แล้วนำมาเสนอแก่ผู้บังคับบัญชาเพื่อแจ้งให้บุคลากรในหน่วยงานทราบและร่วมกัน เสนอแนะแนวทางการแก้ไขเนื้อหาให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในหน่วยงาน

2. รวบรวมข้อมูลจากมติที่ประชุมและข้อเสนอแนะจากบุคลากรในหน่วยงานมาเรียบเรียงลงในหน่วยเก็บข้อมูลภายนอก จากนั้นนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เพื่อความถูกต้อง เพียงตรงและเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน

3. นำข้อมูลจากหน่วยเก็บข้อมูลภายนอกที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาจัดทำเป็นสื่อการสอน หรือ CAI (Computer Aid Instruction) โดยบันทึกลงในรูปแบบของแผ่นวีซีดี โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของโรค สาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาล การป้องกันและการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เพื่อนำแผ่นวีซีดีที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงาน

4. กลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันในหออภิบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉินและญาติ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการดีขึ้น พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยนำเสนอในรูปแบบแผ่นวีซีดีช่วยสอน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามสิ่งที่สงสัย

5. ประเมินผลความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของโรค สาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาล การป้องกันและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค โดยการตอบคำถามถูกต้องอย่างน้อย 7 ข้อ ในจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ และหากผู้ป่วยและญาติตอบคำถามถูกน้อยกว่า 7 ข้อ พยาบาลเจ้าของไข้จะนัดผู้ป่วยและญาติเพื่อสอนสุขศึกษาอีกครั้งก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสื่อการสอนเรื่องตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เพื่อนำมาพัฒนาหรือปรับปรุงสื่อการสอนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้องอย่างน้อย 7 ข้อในจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

ลงชื่อ สายสุดา ศรีสันเทียะ

(นางสายสุดา ศรีสันเทียะ)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 2 มีนาคม 2552