

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตัน
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง ลดอัตราผู้ป่วยกลับเข้ามาอนช้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโดยใช้
แบบประเมิน MEWS

เสนอโดย

นางสาวรัชฎาพร สุโพธิ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 720)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2561 ถึงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2561)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ภาวะลำไส้อุดตัน (Intestinal Obstruction) หมายถึง ภาวะที่มีสิ่งอุดตันหรือมีการรบกวนการบีบตัวของลำไส้ ทำให้อาหารและของเหลวต่าง ๆ ไม่สามารถเคลื่อนผ่านระบบทางเดินอาหารได้ตามปกติ ทำให้เกิดอาการปวดท้อง แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ควรรีบไปพบแพทย์หากมีอาการปวดท้องรุนแรง หรืออาการอื่น ๆ ของภาวะลำไส้อุดตัน ถ้าปล่อยไว้หรือไม่รักษาอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่มีการรุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (ต้น คงเป็นสุข, วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, และ วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์, 2559)

พยาธิสรีรภาพ

เมื่อมีการอุดตันของลำไส้ในระยะแรก ของเหลวที่หลังจากทางเดินอาหาร น้ำดี และตับอ่อน อาจเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถผ่านจุดที่มีการอุดตันได้ ทำให้เกิดการคั่งของของเหลว แบคทีเรียและอากาศ ในลำไส้ส่วนที่อยู่เหนือการอุดตัน มีผลให้ลำไส้ส่วนนั้นโป่งพองขึ้น ซึ่งใน 12 ชั่วโมงแรกของการอุดตัน การดูดซึมจะเริ่มลดลง ในขณะที่เดียวกันการขับหลังของของเหลวเข้าสู่ลำไส้ยังอยู่ในอัตราปกติ แต่หลัง 48 ชั่วโมง การขับหลังจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ทำให้การดูดซึมของของเหลว น้ำ และเกลือแร่ ที่เคลื่อนผ่านจากระบบไหลเวียนเข้าไปยังลำไส้ได้ยาก เนื่องจากมีการคั่งของฟองอากาศในโตรเจนที่หายใจเข้าร่วมกับการทำงานของแบคทีเรียในลำไส้ที่ย่อยสลาย จึงทำให้เกิดแก๊สเพิ่มขึ้นและลำไส้โป่งพองมากขึ้น ส่งผลให้ความดันในโพรงลำไส้เพิ่มขึ้น การดูดซึมน้ำกลับลดลง ผังลำไส้จะบวมและขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากมีภาวะ Mesenteric venous thrombosis (ต้น คงเป็นสุข, วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, และ วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์, 2559)

สาเหตุ

การอุดตันเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ อุจจาระอุดตัน เนื้องอกของลำไส้ มะเร็งลำไส้ โรคถุงผนังลำไส้ใหญ่ ลำไส้กลืนกัน ลำไส้บิดเกลียว ภาวะไส้เลื่อน การมีผังพืดในช่องท้องหลังการผ่าตัด โรคหลอดเลือดลำไส้ อัมพาตอาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดหรือจากการอักเสบ เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (วิจิตรา กุสมภ์, 2560)

อาการและอาการแสดง

ลำไส้อุดตันแสดงออกได้หลายอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีการอุดตัน อาการหลักของภาวะลำไส้อุดตันมี 4 ประการ ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดและท้องผูก หากลำไส้ส่วนต้นอุดตันอาการจะเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ผู้ป่วยจะปวดท้องแบบบิด ๆ (Colicky pain) ปวดทั่วท้อง หน้าท้องเกร็ง กดเจ็บ เมื่ออาเจียนจะมีน้ำดีปน มีท้องอืด ลำไส้เคลื่อนไหวน้อย หากเกิดจากลำไส้ส่วนปลายอุดตัน จะมีอาการปวดจนตัวงอ ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ ท้องโป่งตึง ไม่ถ่ายอุจจาระและไม่ผายลม อาจมีการสูญเสียน้ำในร่างกาย จนทำให้เกิดภาวะช็อกได้ (ปราณี หู่ไพเราะ, 2552)

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคของลำไส้หรือการผ่าตัดในช่องท้อง และการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ความถี่และลักษณะของการปวด
2. การตรวจร่างกาย พบว่าท้องยี่ดขยาย มีรอยแผลผ่าตัดช่องท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บ มีท้องอืด เสียงลำไส้เคลื่อนไหวน้อยเพิ่มขึ้นในระยะแรกและลดลงในระยะต่อมา
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่า BUN สูง Na, K, Ca, Mg ต่ำ รวมทั้งค่า Hb, Hct สูง เพราะร่างกายมีภาวะขาดน้ำ อาจตรวจเจอเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น เนื่องจากภาวะเยื่อในช่องท้องอักเสบ
4. การตรวจพิเศษต่าง ๆ ได้แก่ การถ่ายภาพรังสีช่องท้อง จะพบเห็นแก๊สและน้ำในลำไส้เป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่าลำไส้ทะลุ การทำ Abdominal CT scan สามารถบอกถึงสาเหตุของการอุดตันได้ หรือสามารถประเมินระยะลุกลามของมะเร็งได้ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โดยทำ Sigmoidoscopy หรือ Colonoscopy ใช้ตรวจเพื่อการรักษากรณีสาเหตุการอุดตันเกิดจาก sigmoid บิดเกลียว หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ภาคภูมิ ตันทศุกิจวัฒน์, 2560)

การรักษา

1. การรักษาแบบประคับประคอง โดยการใส่สายยางเข้ามูกลงสู่กระเพาะอาหาร เพื่อลดการคั่งค้างของสิ่งคั่งค้างในลำไส้ งดอาหารและน้ำทางปากจนกว่าการอักเสบของลำไส้ส่วนที่อุดตันดีขึ้น ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะและยาลดการขับหลังกรดจากกระเพาะอาหาร (วิจิตร กุสุมภ์, 2560) ให้ยาบรรเทาอาการปวด ให้สารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์ทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ เพื่อชดเชยภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย (ปราณี ฟูไเราะ, 2552)
2. การรักษาโดยการผ่าตัด Colectomy หรือ Ileostomy เพื่อลดโอกาสการอุดตันที่เกิดจากพังพืด ลำไส้บิดเป็นเกลียว ไส้เลื่อนถูกบีบรัด มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินอาหารทะลุ มีภาวะ severe colitis หรือสงสัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ กรณีสาเหตุการอุดตันเกิดจาก sigmoid บิดเกลียว หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ อาจรักษาโดยการทำ colonoscopic detorsion หรือใส่ colonic stent (ภาคภูมิ ตันทศุกิจวัฒน์, 2560) การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านขวาออกครึ่งหนึ่ง (Right Hemicolectomy) เป็นการผ่าตัดลำไส้ใหญ่โดยการผ่าเปิดหน้าท้อง และตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนต้นตำแหน่ง Caecum หรือ Ascending colon ที่อุดตันออกครึ่งหนึ่ง แล้วต่อลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกัน (ต้น คงเป็นสุข, วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, และ วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์, 2559)

การพยาบาล

การพยาบาลทั่วไป (ปราณี ฟูไเราะ, 2552) ได้แก่

1. ประเมินอาการปวดท้อง ท้องอืด อาการคลื่นไส้ อาเจียน หน้าท้องแข็งเกร็ง ป้องกันการอักเสบติดเชื้อในช่องท้อง โดยให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำทางปาก ใส่สายยางเข้ามูกลงสู่กระเพาะอาหารเพื่อระบายสิ่งที่คั่งค้างในกระเพาะอาหารออกให้มากที่สุด ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง
2. ป้องกันการเสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ

3. ให้ยาแก้ปวด ดูแลให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการปวดท้องและท้องอืดโดยเปลี่ยนท่าให้ลุกนั่งและเดินทันทีที่ทำได้ หลีกเลี่ยงการไอ การเบ่งถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ฟังเสียงลำไส้บีบตัวเพื่อประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ ให้ยาระบายเพื่อป้องกันท้องผูก

4. ประเมินภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยให้ข้อมูลและอธิบายทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของโรค

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (ขจี พงศธรวิบูลย์, 2559) ได้แก่

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1.1 การพยาบาลทางด้านจิตใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิถีปฏิบัติในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย

1.2 การพยาบาลทางด้านร่างกาย ให้การพยาบาลตามอาการผู้ป่วย ดังนี้

1.2.1 อาการปวด ประเมินและบันทึกความรุนแรงของความปวด ระยะเวลาเริ่ม ลักษณะการปวด ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ดูแลจัดท่านอนที่ผู้ป่วยรู้สึกสบาย

1.2.2 ภาวะไม่สมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ตรวจสอบความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และการทำงานของไต ได้แก่ การสังเกตปริมาณและสีของปัสสาวะ เชื้อปัสสาวะแห้ง อาการอ่อนเพลีย สับสน และดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนตามแผนการรักษา

1.2.3 ภาวะช็อก ติดตามค่าแรงดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าปริมาณน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ พร้อมทั้งวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย การรับรู้สติลดลง บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก และให้สารน้ำตามแผนการรักษา

1.2.4 ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ติดตามและวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร guarding, muscle rigidity และกดเจ็บ บ่งชี้ อาหารและยาทางปากทุกชนิด ใส่สายยางระบายทางเดินอาหารและต่อเครื่องดูดสุญญากาศ เพื่อลดการยืดขยายของลำไส้

1.2.5 ภาวะออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากมีการยืดขยายของช่องท้องทำให้รบกวนการขยายของปอด จนอาจเกิดการหายใจ ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ดูแลให้ออกซิเจนอย่างเหมาะสม

1.2.6 ก่อนวันผ่าตัดเตรียมร่างกาย การงดน้ำงดอาหาร การทำความสะอาดบริเวณผ่าตัด การเตรียมเอกสารผู้ป่วย เตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ได้แก่

2.1 การตกเลือด พบได้บ่อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ประเมินอาการเริ่มแรกของการผ่าตัด ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตสีและสิ่งคัดหลั่งจากแผล สี gastric content ประเมินระดับความรู้สึก ภาวะช็อก และภาวะช็อกจากการเสียน้ำและเลือดหลังผ่าตัด

2.2 การติดเชื้อ ผู้ป่วยภาวะลำไส้อุดตันอาจมีการติดเชื้อในช่องท้องเนื่องจากการดูดซึม toxin การแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรีย เมื่อ mucosa ตายเพราะขาดเลือด สารพิษสามารถซึมผ่านลำไส้เข้าช่องท้องและกระแสเลือด รวมถึงการติดเชื้อแผลผ่าตัด ดูแลความสะอาดแผลผ่าตัด ประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อน สิ่งกีดขวางบริเวณแผลผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

2.3 อาการปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ช่วยลดอาการปวดตึงของช่องท้องโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนท่า fowler's position เพื่อให้หน้าท้องหย่อน ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

2.4 ปัญหาภาวะไม่สมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ในร่างกายทาง gastric content ต้องเฝ้าระวังอาการขาดน้ำและเกลือแร่ได้แก่ ปากแห้ง ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเร็ว ตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้สารน้ำตามแผนการรักษา บันทึกและประเมินความสมดุลของจำนวนสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายในแต่ละวัน

2.5 อาการท้องอืด เกิดเนื่องจากผลของยาสลบหลังผ่าตัด ประกอบกับอาการปวดแผล ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวลดลง จึงต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ฟังเสียง Bowel sound สอบถามการทำงานของลำไส้จากผู้ป่วย เช่น การผายลมหรือเรอ และเมื่อผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหาร ควรประเมินอาการปวดท้อง แน่นท้องหรือท้องอืด หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง

2.6 การพยาบาลด้านจิตใจ โดยอธิบายเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงประจำวันของผู้ป่วยให้รับทราบ พุดคุยให้กำลังใจ รับฟังปัญหา เพื่อคลายความวิตกกังวล รวมทั้งประสานงานให้ปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ในการวางแผนการรักษาอาการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา

เภสัชวิทยา (ปราณี ทุ่งไพบระ, 2559)

1. Levophed เป็นยาเพิ่มความดันโลหิต ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด การพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 1 ชั่วโมง ติดตามและประเมินผลข้างเคียง ได้แก่ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นเร็วผิดปกติ หงุดหงิด เจ็บหน้าอก रिฝปากหรือเล็บมีสีคล้ำ หายใจลำบาก บัสสาวะออกน้อย ปวดศีรษะรุนแรง สับสน

2. Morphine เป็นยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioids รักษาอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง การพยาบาล ติดตามประเมินสัญญาณชีพ การหายใจ การทำงานของลำไส้ และอาการแพ้ รวมทั้งผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ง่วงนอน เวียนศีรษะและมึนหัว เป็นต้น

3. Tienam เป็นยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์ด้านเชื้อแบคทีเรีย การพยาบาล ระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางเดินอาหารหรือมีการทำงานของตับผิดปกติ สังเกตอาการผื่นคัน หายุดยาและรายงานแพทย์ทันที ติดตามการทำงานของตับ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

เนื่องจากภาวะลำไส้อุดตัน เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งการอุดตันเกิดได้จากหลายสาเหตุ บางรายเป็นผลจากการเป็นมะเร็งลำไส้ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหม่เกิดขึ้นถึง 14.1 ล้านคน และมีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 โดยในปี ค.ศ.2012 ได้พบว่าผู้ป่วยรายใหม่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.36 ล้านคน ในเพศชายพบเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 10 และเพศหญิงพบเป็นอันดับ 2 ของ มะเร็งทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 9.2 (WHO, 2014) สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเพศชายพบเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งทั้งหมดรองจากมะเร็งตับ และมะเร็งปอด เพศหญิงพบเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งทั้งหมด รองจาก มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งตับ (คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในปี พ.ศ.2559 - 2561 จำนวน 21, 15 และ 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.4, 31.9 และ 23.4 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับสาเหตุของลำไส้อุดตัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลับมามีอาการรุนแรงมากขึ้นถึงแม้จะได้รับการรักษาแล้ว พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ภายใน 3 วัน เป็นจำนวน 5 ครั้ง, 8 ครั้ง และ 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.78, 1.83 และ 0.87 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2561) ผู้ป่วยภาวะลำไส้อุดตัน ส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย การวินิจฉัย การรักษาดลอดจนการดำเนินของโรคจึงต้องใช้ความเร่งด่วน พยาบาล ICU จึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะลำไส้อุดตัน ต้องมีความรู้และทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต และลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะลำไส้อุดตันจากเวชระเบียนผู้ป่วย ตำราวารสาร งานวิจัยต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกทำกรณีศึกษา
2. เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปี ประวัติ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องอืด ปวดจุกเสียดแน่นท้องหลังรับประทานอาหาร มีอาการคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน อุจจาระปนมูกลักษณะเป็นก้อนเล็ก ๆ เมื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้องทั้งหมดพบว่า มีก้อนอุดตันบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้น แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันแบบ ไม่สมบูรณ์
3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว
4. วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ให้สอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาลและวางแผนให้การพยาบาลต่อเนื่อง เมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
6. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้อง นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปี สถานภาพสมรส แยกกันอยู่ อาชีพแม่บ้าน นับถือศาสนาพุทธ มาโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 เวลา 08.45 น. HN 40744/61 AN 19211/61 ให้ประวัติ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องอืด ปวดจุกเสียด แน่นท้องหลังรับประทานอาหาร มีอาการคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน อุจจาระปนมูกลักษณะเป็นก้อนเล็กๆ รักษาที่คลินิก ได้ยาลดกรดมารับประทาน อาการไม่ทุเลาเมื่ออาหารอ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง 20 กิโลกรัมในระยะเวลา 1 เดือนญาติจึงพามาโรงพยาบาลตรวจ แรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย ปวดจุกเสียดแน่นท้องเป็นพัก ๆ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 126/76 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว ได้ร้อยละ 99 ปฏิเสธโรคประจำตัว ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้องทั้งหมด พบว่ามีก้อนอุดตันบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้น แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันแบบไม่สมบูรณ์ รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง เวลา 21.23 น. แพทย์ทำการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดช่องท้องและตัดลำไส้ใหญ่ด้านขวาออกครึ่งหนึ่ง เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 เวลา 14.00 น. โดยวิธีการดมยาสลบและใส่ท่อหลอดลมคอขนาด 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร หลังผ่าตัดรับผู้ป่วยมารักษาต่อในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เวลา 18.30 น.

การเย็บครั้งที่ 1 วันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 แรกเริ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด เรียกตื่นรู้สึกตัว สีหน้าอิดโรยอ่อนเพลีย ผู้ป่วยมีปัญหาการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดและดมยาสลบ 24 ชั่วโมงแรกหายใจโดยผ่านท่อหลอดลมคอ ต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรทั้งหมด ตั้งเครื่องช่วยหายใจ ปริมาตรอากาศหายใจเข้า 500 มิลลิลิตรต่อครั้ง อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นออกซิเจนร้อยละ 40 จัดท่านอนหงาย ศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ดูแลเสมหะเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้า 450-550 มิลลิลิตรต่อครั้ง อัตราการหายใจ 16-22 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100 มีเสมหะสีขาวปริมาณเล็กน้อย ผู้ป่วยมีภาวะ hypovolemic shock จากการประเมินสัญญาณชีพ มีความดันโลหิตต่ำ 83/56 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที มีปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกน้อยกว่า 40 มิลลิลิตรต่อ 2 ชั่วโมง ให้สารน้ำทดแทน 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 5% Human Albumin 250 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ยา Levophed เพื่อเพิ่มความดันโลหิตขนาด 4 มิลลิกรัมผสม 5%DW 100 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ ร่วมกับประเมินผลข้างเคียงจากยา Levophed ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ริมฝีปากหรือเล็บมีสีคล้ำ ปัสสาวะออกน้อย ปวดศีรษะรุนแรง หลังให้ยา ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อยู่ในช่วง 92-98/55-60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100-112 ครั้งต่อนาที ไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 2 ชั่วโมง

ปริมาณน้ำเข้า 1,250 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออก 130 มิลลิลิตร ปัสสาวะสีเข้มออกน้อยกว่า 40 มิลลิลิตรต่อ 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยยังไม่มีญาติมาเยี่ยมจึงโทรศัพท์แจ้งญาติถึงผลการผ่าตัดและอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด ญาติรับทราบและจะมาเยี่ยมอาการผู้ป่วยในวันรุ่งขึ้น

การเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 หลังผ่าตัดวันที่หนึ่ง ผู้ป่วยอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจปกติ ไม่มีหอบเหนื่อยตลอดทั้งคืน จึงปรับเครื่องช่วยหายใจเป็นชนิดควบคุมการหายใจบางส่วน อัตราการหายใจ 14-20 ครั้งต่อนาที ปริมาตรอากาศที่ไหลเข้า-ออกจากปอดต่อหนึ่งครั้งของการหายใจเท่ากับ 350-450 มิลลิลิตร วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 99-100 หลังจากนั้นปรับลดเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยหายใจเอง ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 เพิ่มปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้า 6 เซนติเมตรน้ำตั้งความดันบวกในทางเดินหายใจออก 5 เซนติเมตรน้ำ ดูดเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่ง จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา เวลา 10.30 น. ถอดท่อช่วยหายใจออกด้วยความนุ่มนวล ให้ออกซิเจน Canula อัตราการไหลของออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที วัดอัตราการหายใจเท่ากับ 12-18 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 จึงปรับลดอัตราการไหลของออกซิเจนเป็น 3 ลิตรต่อนาที ประเมินอัตราการหายใจ 14-22 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 99 ผู้ป่วยหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ จากการประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 1 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตคงที่อยู่ในช่วง 109-122/65-76 มิลลิเมตรปรอท จึงปรับลดยา Levophed ครั้งละ 1-2 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จนสามารถหยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิตได้ตามแผนการรักษา และไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา หลังหยุดยาประเมินความดันโลหิต 110/65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 85 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกน้อยกว่า 40 มิลลิลิตรต่อ 2 ชั่วโมง ให้สารน้ำทดแทน 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 5% Human Albumin 250 มิลลิลิตร อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา หลังจากนั้นปัสสาวะสีเหลืองใส ออกมากกว่า 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายต่อวัน ปริมาณน้ำเข้า 2,033 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออก 2,680 มิลลิลิตร ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดเปิดหน้าท้องขนาดความยาว 4 นิ้ว มีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผลด้านขวา ประเมินความปวดเท่ากับ 9 คะแนน ให้ยา Morphine บรรเทาปวดขนาด 3 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ ทุก 4 ชั่วโมง ทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยความนุ่มนวลเบามือ ให้ประคองแผลผ่าตัดขณะเคลื่อนไหว ไอ จาม ผู้ป่วยปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 3-4 คะแนน ไม่พบอาการแพ้รวมทั้งผลข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ง่วงนอน เวียนศีรษะและมึนหัว เป็นต้น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ผลการตรวจระยะเวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว (Prothrombin time) พบว่าเลือดมีการแข็งตัวช้าจากการตรวจค่า INR (international normalized ratio) ได้เท่ากับ 1.57 (ค่าปกติ = 0.8-1.1) ดูแลให้ FFP ปริมาณ 458 มิลลิลิตร (2 หน่วย) ทดแทนทางหลอดเลือดดำหลังให้ค่า INR เท่ากับ 0.85 ผู้ป่วยมีภาวะช็อค เนื่องจากเสียเลือดขณะผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ค่าฮีโมโกลบินเท่ากับ 8.7 กรัม/เดซิลิตร (ค่าปกติ = 12-16 กรัมต่อเดซิลิตร) ค่าฮีมาโตคริตเท่ากับ 23 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ = 35-45 เปอร์เซ็นต์) ให้ PRC ปริมาณ 380 มิลลิลิตร

ทดแทนทางหลอดเลือดดำและป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในร่างกาย หลังให้ PRC ตรวจ ค่าฮีโมโกลบินเท่ากับ 10.2 กรัม/เดซิลิตร ค่าฮีมาโตคริตเท่ากับ 30 เปอร์เซ็นต์

การเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2561 หลังผ่าตัดวันที่สาม ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่นขึ้น พุดคุยตอบรับ ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นจากแผลผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เนื่องจากมีแผลผ่าตัดหน้าท้องขนาด 4 นิ้วและมีท่อต่อสิ่งคัดหลั่งจากช่องท้องได้สิ่งคัดหลั่งเป็นน้ำย่อยปนน้ำคาวปลาปริมาณ 100 มิลลิลิตร อุณหภูมิร่างกาย 37.7 องศาเซลเซียส ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ทำความสะอาดแผลผ่าตัดแบบเปียก ให้ยาปฏิชีวนะ Tienam ขนาด 1 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ประเมินแผลผ่าตัดเปิดหน้าท้องมีเลือดจาง ๆ ปนน้ำเหลืองซึมเล็กน้อย เนื้อเยื่อแผลเจริญเติบโตดี ผิวหนังรอบแผลไม่มีลักษณะบวมแดง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อจากแผลผ่าตัดเปิดหน้าท้อง อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยได้รับการตัดท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผลวันละ 1 นิ้ว ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าแคลเซียมต่ำเท่ากับ 7 mg/dl (ค่าปกติ 8.5-10.5 mg/dl) ค่าโพแทสเซียมต่ำเท่ากับ 2.7 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.0 mg/dl) ค่าแมกนีเซียมต่ำเท่ากับ 1.5 mg/dl (ค่าปกติ 1.7-2.1 mg/dl) ให้ 10% Calcium gluconate 10 มิลลิลิตร ผสม 5%D/W 50 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำนาน 30 นาทีทุก 12 ชั่วโมง ให้ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ผสม KCL 40 mEq อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและให้ 50% Magnesium sulfate 4 มิลลิลิตร ผสม 5%D/W 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง จำนวน 3 วันตามแผนการรักษา ประเมินอาการแสดงของภาวะแคลเซียมต่ำ ได้แก่ เวียนศีรษะ ตะคริว กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก อ่อนแรง ซาตามไบหน้า ปาก มือและเท้า หัวใจเต้นช้า ภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ หวหวิว ภาวะแมกนีเซียมต่ำ ได้แก่ สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น ชักกระตุก หัวใจเต้นผิดปกติ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าแคลเซียมปกติเท่ากับ 8.7 mg/dl ค่าโพแทสเซียมปกติเท่ากับ 4.1 mmol/l และค่าแมกนีเซียมปกติเท่ากับ 1.8 mg/dl อัตราการเต้นของหัวใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ 96 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ จากการพูดคุยพบว่า ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ผู้ป่วยสีหน้ากังวล ญาติสอบถามเวลาที่แพทย์จะเข้ามาตรวจอธิบายอาการเปลี่ยนแปลงประจำวัน ประสานให้คุยกับแพทย์เจ้าของไข้ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ให้กำลังใจ ญาติและผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับแผนการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี จากการประเมินสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากสายยางงอกเป็นน้ำย่อยสีขาว ปริมาณน้อยลง ผู้ป่วยเริ่มมีผายลม ปัสสาวะสีเหลืองใส จึงถอดสายยางทางงอก และถอดสายสวนปัสสาวะตามแผนการรักษา ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ ย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ก่อนย้ายให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่อง การดูแลแผลผ่าตัด ไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผลเพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ให้หายใจเข้าออกช้า ๆ หายใจเข้าท้องป่องหายใจออกท้องแฟบ สอนการไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วไอขับเสมหะออก โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการเจ็บแผล ไม่ยกของหนักเกิน 3 กิโลกรัม ใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Score : MEWS) ได้คะแนนเท่ากับ 3 ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีอาการคงที่ สามารถจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้ รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเป็นเวลา 4 วัน

การเยี่ยมครั้งที่ 4 ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2561 ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย ประเมินความปวดเท่ากับ 3-4 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน เริ่มมีการทำงานของลำไส้ ผายลมได้ มีอาการท้องอืดเล็กน้อย ปัสสาวะได้ สีเหลืองใส และได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผักการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพจากนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้

การเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2561 ผู้ป่วยสามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ไม่มีบวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผล แพทย์เย็บปิดแผลผ่าตัดหน้าท้อง และถอดท่อระบายสิ่งคัดหลั่งออกจากแผลจนหมด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การทำงานของลำไส้ดีขึ้น ผู้ป่วยเรอและผายลมได้ เริ่มจิบน้ำ และรับประทานอาหารเหลวใสได้ดี ไม่มีอาการแน่นท้องหรือท้องอืด ขับถ่ายอุจจาระได้ ปัสสาวะสีเหลืองใส หยดให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ

การเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ.2561 ผู้ป่วยลุกเดินเอง สัญญาณชีพปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากรายงานผลตรวจชิ้นเนื้อพบว่า ผู้ป่วยมีก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นด้านขวา ลูกกลมเข้าผนังช่องท้องและมีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง 1 ต่อมน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตันของผู้ป่วย รายนี้ ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา สามารถยอมรับการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยเปลี่ยนจากยาฉีด Tienam เป็นยา Ciprofloxacin 500 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า - เย็น และให้ยา Metronidazole 200 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น แนะนำการทำควมสะอาดแผลจน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ การมาตามนัดวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2561 รวมทั้งวางแผนการรักษาต่อเนื่องโดยการฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตันรายนี้ พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 9 ปัญหา ได้แก่ การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีภาวะ hypovolemic shock ผู้ป่วยปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยมีภาวะช็อค ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อจากแผลผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปทุกปัญหา ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างปลอดภัยในวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ.2561 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 13 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ พัฒนาทักษะและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตัน ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองในการดูแลรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ให้มีคุณภาพ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

สาเหตุของภาวะลำไส้อุดตันของผู้ป่วยเกิดจากก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นด้านขวาซึ่งผู้ป่วยไม่เคยรู้มาก่อนทำให้เพิ่มความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งจากการผ่าตัดและโรคร้ายแรงที่เป็น เกิดความยุ่งยากในการบอกข่าวร้ายและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว

10. ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำเอกสารความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งลำไส้ให้ผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสุขภาพ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....รัชฎาพร สุโพธิ์.....
 (นางสาวรัชฎาพร สุโพธิ์)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 - ๙ ก.ค. ๒๕๖๓

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ณิชา คุ้ม.....

(นางนิชยา คุ้ม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่.....- ๙ ก.ค. ๒๕๖๓.....

ลงชื่อ.....[ลายเซ็น].....

(นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีศักดิ์ดา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่.....- ๙ ก.ค. ๒๕๖๓.....

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ
 ในระหว่างวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึง
 วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 คือ นายสุกิจ ศรีทิพย์วรรณ
 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

ขจี พงศธรวิบูลย์. (2559). การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหารส่วนบนและส่วนล่าง.

[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.kcn.ac.th> สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2561

คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

(2556). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ(พ.ศ. 2556 - 2560). กรุงเทพฯ: ชุมชน

สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ต้น คงเป็นสุข, วีรพัฒน์ สุวรรณธรรม, และ วรุตม์ โล่ห์ศิริวัฒน์, (2559). ศัลยศาสตร์วิวัฒน์. กรุงเทพฯ:

กรุงเทพเวชศาสตร์

ปราณี ทัพไพเราะ. (2552). คู่มือโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: NP Press

ปราณี ทัพไพเราะ. (2559). คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: NP Press

ภาควิชา ศัลยศาสตร์. (2560). *Obstructive colonic cancer*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก:

สืบค้นจาก [http://www.ckphosp.go.th/diapo/diapo/Obstructive colonic cancer.pdf](http://www.ckphosp.go.th/diapo/diapo/Obstructive%20colonic%20cancer.pdf)

สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2561

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2561). รายงานงานประจำปี 2561. เอกสารไม่ตีพิมพ์.

จิตรรา กุศลมภ์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม .พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์

World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2012. Retrieved

January 19, 2016, [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd>. สืบค้น

เมื่อ 22 มิถุนายน 2561

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวรัชฎาพร สุโพธิ์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 720) ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

เรื่อง ลดอัตราผู้ป่วยกลับเข้ามาอนช้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักคัดสรรโดยใช้แบบประเมิน MEWS
หลักการและเหตุผล

การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะใน โรงพยาบาลซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (World Health Organization [WHO]; 2014) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วโลกประมาณ 10% ที่อาจต้องบาดเจ็บหรือถึงแก่ชีวิตเนื่องจากกระบวนการรักษาผิดพลาดหรือขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างคนไข้กับแพทย์หรือพยาบาล (WHO; 2014) การประเมินอาการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งแรกที่สำคัญในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด ถือเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหาและอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นในการดูแลให้การรักษายาพยาบาลผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่สามารถช่วยการเฝ้าระวัง และช่วยในการตัดสินใจในการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต (WHO, 2014) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต พยาบาลต้องสามารถทำนายปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ต้องสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วได้

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจาก การเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย มีผลให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามต่อชีวิต ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยทีมการรักษาที่มีความรู้ความสามารถ รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย เพื่อให้รอดชีวิตและไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อนภายหลังการรักษา แต่ภายหลังผู้ป่วยมีอาการคงที่และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ไปยังหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อรับการรักษาค่อยๆฟื้นฟูกายเพื่อเตรียมเตียงสำหรับผู้ป่วยอื่นที่มีอาการรุนแรงและมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้ย้ายผู้ป่วยที่อาการดีที่สุดขณะนั้น ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากกว่าไว้แทน

การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมีรูปแบบการย้ายทั้งที่มีการวางแผนและเป็นการย้ายแบบกะทันหัน ทั้งนี้แม้จะเป็นการย้ายที่มีการวางแผนไว้ แต่หากมีการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนย้ายไม่ถูกต้องเมื่อย้ายไปแล้วผู้ป่วยอาจมีอาการแยกลงถึงภาวะวิกฤตอย่างกะทันหันจำเป็นต้องย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอีกครั้ง ทำให้

เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือต้องได้รับการรักษานานขึ้นซึ่งแต่เดิมใช้การตรวจร่างกายและผลการตรวจวินิจฉัยทางคลินิกประกอบกันเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยวิกฤต ต่อมาได้มีการพัฒนากรอบแนวคิดการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลมาปรับใช้เป็นแนวทางการประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันแบบประเมินที่นิยมใช้คือแบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Score : MEWS)

แบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Score : MEWS) หมายถึง เครื่องมือที่ประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง สัญญาณชีพร่างกายที่สำคัญของผู้ป่วยออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (clinical scoring) โดยหากประเมิน MEWS แล้วได้คะแนนรวมสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการประเมินที่มีความถี่มากขึ้นตามลำดับ เป็นเครื่องมือที่ช่วยสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤต ทำให้สามารถแบ่งระดับความรุนแรง นำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลรักษาตามแนวทางก่อนจำหน่ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤต และหากได้คะแนนรวมน้อยกว่า 4 แสดงถึงว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้อย่างปลอดภัย (Emma Baines and NS Kanagasundaram, 2008) จากการที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ทำให้อาการดีขึ้นและจะไม่กลับมีอาการที่รุนแรงหรือวิกฤตต้องกลับเข้ามานอนซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอีกครั้ง

ผู้ป่วยกลับเข้ามานอนซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์และมีอาการคงที่ได้คะแนนประเมินรวมน้อยกว่า 4 และได้ย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญภายใน 3 วันมีอาการแย่งจนต้องเข้ามานอนซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

จากสถิติของหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2559, พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 พบว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมภายใน 3 วัน เป็นจำนวน 5 ครั้ง, 8 ครั้ง และ 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.78, 1.83 และ 0.87 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2561) ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมทั้งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยและญาติ จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่ย้ายออกจาก ICU เพียง 3 วัน ต้องย้ายกลับเข้ามารักษาใน ICU ซ้ำเกิดจากการประเมินอาการผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ไม่มีแบบประเมินที่มีมาตรฐานในการส่งต่ออาการผู้ป่วยกับหอผู้ป่วยที่ย้ายไปรักษาต่อ จึงมีแนวคิดในการลดอัตราผู้ป่วยกลับเข้ามารักษารักษาซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โดยมุ่งเน้นการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญโดยการนำแบบประเมิน MEWS มาประยุกต์ใช้ ร่วมกับการประเมินของแพทย์เจ้าของไข้ในการพิจารณาย้ายผู้ป่วยออกจาก ICU และเพื่อให้หน่วยงานใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ในการส่งต่อข้อมูลอาการผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนางานคุณภาพของหน่วยงานให้สอดคล้องกับ

นโยบายเจ้่มุ่งของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ภายในปี 2560-2564 ที่มุ่งเน้นถึงหลัก Engagement for Patient Safety (ผู้ป่วยปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้)

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อลดอัตราผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ามาอนช้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
2. เพื่อส่งเสริมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมีเครื่องมือในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ที่เหมาะสม และเป็นแนวทางเดียวกัน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาเป็นการนำแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Modified early warning scores system : MEWS) มาประยุกต์เป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยและกำหนดเป็นแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลและภาวะของผู้ป่วยแต่ละโรค โดยใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในการประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม การเฝ้าระวังอาการและการแสดงของผู้ป่วยแต่ละราย การกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยตามความเร่งด่วนอย่างเหมาะสมและเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและเมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นหรือคงที่ สามารถใช้เป็นข้อมูลการประเมินก่อนย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ในหอผู้ป่วยสามัญก็สามารถใช้แบบประเมินนี้ในการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องเพื่อประเมินผู้ป่วยให้ได้ก่อนเกิดภาวะวิกฤตและต้องย้ายกลับเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักอีกครั้ง

สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Modified early warning scores system : MEWS) ปรับปรุงจาก Emma Baines and N S Kanagasundaram. (2008) เป็นเครื่องมือที่ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย จากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (clinical scoring) แนวทางการประเมินผู้ป่วยประกอบด้วย

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว
2. อัตราการหายใจ
3. อัตราการเต้นของหัวใจ
4. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด
5. ปริมาณปัสสาวะ
6. อุณหภูมิร่างกาย

โดยแต่ละองค์ประกอบมีการแบ่งระดับการให้คะแนน หากมีคะแนนสูงมากขึ้น ผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการประเมินที่มีความถี่มากขึ้นตามลำดับ และให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด โดยแบ่งระดับการให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน 1-2 แสดงถึง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปลอดภัย ให้สังเกตประเมินอาการได้ตามปกติ

ค่าคะแนน 3 -4 แสดงถึง ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤต ให้เพิ่มการสังเกตอาการผู้ป่วย เป็นทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง

ค่าคะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไปแสดงถึง ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต ให้เฝ้าระวังและสังเกตอาการผู้ป่วยทุก 15-30 นาทีและรายงานแพทย์

MEWS เป็นตัวส่งสัญญาณในการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงเชิงรุกขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล และเป็นแนวทางให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีทิศทางเดียวกัน ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ MEWS ยังเป็นเครื่องมือที่นำมาช่วยสื่อสารและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤตและช่วยในการติดตามประเมินผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้ง ทำให้สามารถแบ่งระดับความรุนแรงนำไปสู่การตัดสินใจในการให้การดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันสถานการณ์และช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2558) โดยคาดหวังว่า เมื่อนำแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่ประยุกต์จากแบบประเมิน MEWS ที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จะส่งผลให้การพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพ ช่วยป้องกันภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ใช้เป็นหลักฐานในการส่งต่อข้อมูลอาการผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถลดอัตราผู้ป่วยกลับเข้ามานอนซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลจากบทความทางการแพทย์ ผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการนำเครื่องมือ MEWS มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานคุณภาพ
2. นำเสนอเพื่อขอความเห็นชอบจากหัวหน้าพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในการจัดทำแนวทางการลดอัตราผู้ป่วยกลับเข้ามานอนซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โดยใช้แบบประเมิน MEWS
3. วางแผนออกแบบและจัดทำแบบประเมิน MEWS
4. กำหนดตัวชี้วัด และเป้าหมายอย่างชัดเจน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์
5. ประชุมสมาชิกในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม นำเสนอหลักการ การจัดทำแบบประเมิน
6. นำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง
7. นำแบบประเมินที่ปรับปรุงแล้วมานำเสนอในที่ประชุมของหน่วยงาน อธิบายการใช้แบบประเมิน การลงบันทึกข้อมูล และขอความร่วมมือในการใช้แบบประเมิน MEWS ในผู้ป่วยศัลยกรรมทุกราย
8. รวบรวมแบบประเมินที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกเดือน แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับก่อนและหลังการใช้แบบประเมิน รวมทั้งสรุปผลจากตัวชี้วัดความสำเร็จ รายงานในที่ประชุมของหน่วยงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดอัตราผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ามาอนช้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
 2. บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 3. บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมีเครื่องมือที่มีคุณภาพใช้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ และอยู่ภายใต้ขอบเขตหน้าที่การทำงานของพยาบาลที่สามารถทำได้
 4. ส่งผลดีต่อการดำเนินโรค ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้กลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติกับครอบครัวและคนที่รัก
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1. บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมใช้แบบประเมิน MEWS ในการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญ ได้มากกว่าร้อยละ 80
 2. อัตราผู้ป่วยกลับเข้ามาอนช้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมน้อยกว่าร้อยละ 2

ลงชื่อ.....รัชฎาพร สุโพธิ์.....
 (นางสาวรัชฎาพร สุโพธิ์)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 - ๙ ก.ค. ๒๕๖๓

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2561). รายงานงานประจำปี 2561. เอกสารไม่ตีพิมพ์.
- ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. (2558). ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต โดยไม่ได้วางแผนและอัตราการเสียชีวิต ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- Emma Baines & N S Kanagasundaram. (2008). Early Warning Scores. *British Medical Journal*. 16(7): 294-336
- World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2012. Retrieved January 19, 2016, from <http://www.who.int/nmh/publications/ncd>