



ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์
และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่
โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดอุบลราชธานี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๖ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางวราธร ภูมิคำ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและ นิติเวช
๒.	นางจรรยา แก้ววงษา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทร์ราชินี จ.อุบลราชธานี
๓.	นางคณินันต์ รสจันทร์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๔.	นายธีรพล เบี้ยกลาง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลโขงเจียม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๕.	นางสาวพัชรวัลย์ สีลา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพืชผล กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ - สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๖.	นางสาวชุดิมา ศรีกุลวงศ์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลโพธิ์ไทร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

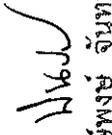


(นายชลธี ยิ่งตรง)

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางวรรณา ภูมิคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๑๒๐๑๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๒๐๑๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งเสริม “ การพยาบาลผู้ล่อที่มีภาวะตกต่ำและได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา ”					
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ จัดทำแผ่นพับเรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อการค้าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ ”					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “ แนบท้ายประกาศ ”					
๒	นางจริยา แก้ววงษา	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร	๒๐๓๒๘๙	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร	๒๐๓๒๘๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งเสริม “ การเฝ้าระวังและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ”					
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ”					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “ แนบท้ายประกาศ ”					


 (นายทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)
 นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
 รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี


 ๑๐๓

บัญชีรายละเอียดแบบทำயประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ ชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ -- สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๓	นางคณิชนิษฐ์ รสจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)	๑๙๙๙๘๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๙๙๙๘๖	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๔	นายธีรพล เบี้ยกลาง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลโขงเจียม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๑๒๐๔๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลโขงเจียม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๒๐๔๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งเสริม “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน(Hypertensive urgency) : กรณีศึกษา” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “พัฒนาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด : กรณีศึกษา” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แบบทำยประกาศ”					
	ชื่อผลงานส่งเสริม “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน(Hypertensive urgency) : กรณีศึกษา” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านและแผนปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แบบทำยประกาศ”					


(นายพิทักษ์พงษ์ จันทรงแดง)
นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Parak
๑๐๖

บัญชีรายละเอียดแบบทำயประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านกวดประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ ขำนายการ
ของ สำนักงำนสภำกรณสุขจั้งหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสาวพัชรวัลย์ ลีลา ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ๒๔ ชั่วโมงแรก : กรณีศึกษา” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “พัฒนาการพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ๒๔ ชั่วโมงแรก” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แบบทำยประกาศ”	สำนักงำนสภำกรณสุขจั้งหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพิพิธผล กลุ่มงำนการพยาบาล งำนการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ลิตา	๒๒๘๙๙๐	สำนักงำนสภำกรณสุขจั้งหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพิพิธผล กลุ่มงำนการพยาบาล งำนการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพขำนายการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๘๙๙๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๖	นางสาวชุติมา ศรีกุลวงค์ ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยได้รับเห็ดพิษ (Mushroom poisoning) : กรณีศึกษาปี ๒๕๖๔” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากเห็ด” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แบบทำยประกาศ”	สำนักงำนสภำกรณสุขจั้งหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลโพธิ์ไทร กลุ่มงำนการพยาบาล งำนการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศรีกุลวงค์	๒๒๙๐๑๙	สำนักงำนสภำกรณสุขจั้งหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลโพธิ์ไทร กลุ่มงำนการพยาบาล งำนการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพขำนายการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๙๐๑๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%

นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง
(นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Parol
094W

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะรกเกาะต่ำและได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่ ๑ มิถุนายน - ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ รกเกาะต่ำ (placenta previa) หมายถึง ภาวะที่รกเกาะต่ำกว่าปกติ โดยเกาะลงมาถึงส่วนล่างของมดลูก ปกติรก จะเกาะที่ส่วนบนของมดลูก อาจจะเป็นด้านหน้า ด้านข้าง หรือด้านหลังของโพรงมดลูก ในภาวะที่รกเกาะต่ำรกบางส่วน หรือทั้งหมดเกาะที่ส่วนล่างของมดลูกและอาจคลุมลงมาเพียงบางส่วนหรือคลุมทั้งหมดบริเวณปากมดลูก มักพบเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนมากพบในไตรมาสที่สาม โดยเฉพาะเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 8 เดือน สามารถแบ่งได้ 4 ชนิด คือ

1. Total placenta previa หรือ complete placenta previa หมายถึง รกเกาะต่ำที่คลุมรูเปิดภายในของปากมดลูกทั้งหมด
2. Partial placenta previa หมายถึง รกเกาะต่ำที่คลุมรูเปิดภายในของปากมดลูกบางส่วน
3. Marginal placenta previa หมายถึง รกเกาะต่ำที่มีขอบรกเกาะที่ริมรูเปิดภายในของปากมดลูก
4. Low - lying placenta หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกแต่ไม่คลุมลงมาถึงปากมดลูกด้านใน

พยาธิสภาพ

ในการตั้งครรภ์ปกติตัวอ่อนที่อยู่ในระยะ blastocyst จะฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกในตำแหน่งปกติแต่ใน ภาวะรกเกาะต่ำ blastocyst จะเลื่อนลงมาฝังตัวในตำแหน่งผนังมดลูกส่วนล่าง จากการที่มีภาวะผิดปกติบางอย่าง เกิดขึ้นในมดลูก เช่น การไหลเวียนเลือดในบริเวณเยื่อโพรงมดลูกผิดปกติหรือจากการที่เยื่อโพรงมดลูกหรือ กล้ามเนื้อมดลูกเคยได้รับการทำหัตถการบางอย่างมาก่อนในอดีต เช่น จากการขูดมดลูก หรือจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้เยื่อโพรงมดลูกมีร่องรอยแผลเป็น ส่งผลให้การฝังตัวของรกผิดปกติไปจากตำแหน่งปกติต่อมาเมื่อรกมีขนาดใหญ่ขึ้นจากการที่อายุครรภ์เพิ่มมากขึ้นจึงขัดขวางทางออกของทารกบริเวณรูเปิดด้านในของปากมดลูก ส่งผลให้เกิดภาวะต่าง ๆ ดังนี้

1. การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกส่วนล่างจะมีน้อยกว่าบริเวณยอดมดลูกดังนั้น รกจึงต้องเกาะบริเวณที่กว้างขึ้น
2. ในระยะหลังของการตั้งครรภ์ มดลูกจะมีการหดตัวบ่อยขึ้น ขณะที่มดลูกมีการหดตัวจะเกิดภาวะเลือดออกทางช่องคลอด โดยไม่มีอาการเจ็บปวดเมื่อมีการหดตัวจะมีเลือดออกและมีการตกเลือดซ้ำๆ และปริมาณเลือดที่ออกจะเพิ่มมากขึ้น
3. ภาวะรกเกาะต่ำทำให้เกิดการติดเชื้องจากช่องคลอดได้ง่ายเนื่องจากการหดตัวของมดลูกจะเกิดการลอกตัว ทำให้มีเลือดออกจากเส้นเลือดที่ฉีกขาด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อทางช่องคลอดเข้าสู่มดลูกได้ง่าย
4. ภาวะรกเกาะต่ำจะส่งเสริมให้ทารกในครรภ์อยู่ในท่าที่ผิดปกติ เนื่องจากรกเกาะขวางอยู่บริเวณส่วนล่างของมดลูก ทารกไม่สามารถกลับให้ศีรษะเป็นส่วนนำได้
5. ความผิดปกติของรกและสายสะดือเช่น รกมีขนาดใหญ่และบาง

อาการและการแสดง

อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ เลือดออกโดยที่ไม่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย (painless hemorrhage) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 80 ของสตรีตั้งครรภ์มีรกเกาะต่ำ อีกร้อยละ 20 มีเลือดออกร่วมกับการหดตัวของมดลูก อายุครรภ์เฉลี่ยที่เริ่มมีเลือดออกทางช่องคลอดครั้งแรกคือ 30 สัปดาห์

การตรวจท้องพบมดลูกนุ่ม กดไม่เจ็บ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติ ประมาณ ร้อยละ 35 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำจะพบส่วนนำผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าทารกขวาง ท่าทารกเฉียง เป็นต้น ในกรณีศีรษะเป็นส่วนนำอาจจะตรวจพบศีรษะลอยอยู่สูง

การวินิจฉัย

1. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง (transabdominal ultrasound) เป็นวิธีที่สะดวก ปลอดภัยให้ความแม่นยำสูงในการวินิจฉัย นอกจากนี้ยังสามารถตรวจอายุครรภ์ของทารกในครรภ์ ความพิการแต่กำเนิด การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้อีกด้วย ในปัจจุบันการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ถือเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยรกเกาะต่ำ เนื่องจากให้ความแม่นยำในการวินิจฉัยประมาณร้อยละ 96-98

การวินิจฉัยรกเกาะต่ำชนิดต่างๆ จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงนั้น ถ้าหากเป็นชนิด total Placenta previa การวินิจฉัยมักไม่ยากและให้ความแม่นยำสูง สำหรับชนิด partial และ marginal placental previa ถ้าหากว่ารูเปิดภายในช่องปากมดลูกยังไม่ขยายออก การวินิจฉัยแยกรกเกาะต่ำทั้ง 2 ชนิดนี้ค่อนข้างยาก บางครั้งจึงวินิจฉัยรวมกันไปว่าเป็น incomplete placenta previa ส่วนเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย low-lying placenta ก็คือขอบล่างของรกอยู่ห่างจากรูเปิดภายในช่องปากมดลูกภายใน 2 เซนติเมตร และไม่คลุมส่วนของรูเปิดภายในเลย

2. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (transvaginal ultrasound) เป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัย ในปัจจุบันแนะนำให้ใช้วิธีนี้ในกรณีที่มีการวินิจฉัยรกเกาะต่ำจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องไม่แน่นอน โดยเฉพาะในรายที่สงสัย low-lying placenta หรือ marginal placenta previa และในกรณีที่รกเกาะด้านหลัง จากการศึกษาพบว่า การตรวจโดยวิธีนี้เป็นวิธีที่ปลอดภัย ไม่เป็นการกระตุ้นทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น วิธีการตรวจนั้นต้องใส่หัวตรวจ (probe) เข้าไปใน ช่องคลอดไม่ลึกเกิน 3 เซนติเมตร ซึ่งจะทำให้หัวตรวจไม่ไปสัมผัสปากมดลูกหรือตอนล่างของมดลูก นอกจากนี้ควรตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด

3. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางฝีเย็บ (transperineal ultrasound) เป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยเช่นกัน วิธีตรวจใช้หัวตรวจชนิดเดียวกันกับที่ใช้ตรวจทางหน้าท้องขนาดความถี่ 3.5 MHz วางที่บริเวณฝีเย็บ (perineum) ในแนวตั้งและอยู่บน labia minora รูเปิดภายในช่องปากมดลูกและ ขอบล่างของรกสามารถเห็นได้ชัดเจนโดยวิธีนี้ ควรเลือกตรวจ โดยวิธีนี้เมื่อการวินิจฉัยรกเกาะต่ำจากการ ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องไม่ชัดเจน และหญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทาง ช่องคลอด

4. การหาตำแหน่งของรกโดยการตรวจด้วยภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging) มีหลายรายงานได้ศึกษาความแม่นยำของภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในการวินิจฉัยรกเกาะต่ำ แต่ในปัจจุบันการตรวจด้วยวิธีนี้ยังไม่สามารถนำมาแทนที่การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงได้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงและการตรวจ คลื่นเสียงความถี่สูงชนิดต่างๆ ก็ให้ความแม่นยำในการวินิจฉัยสูงอยู่แล้ว

5. การตรวจ double set-up เป็นวิธีการตรวจช่องคลอด โดยใช้นิ้วสอดผ่านปากมดลูก เพื่อยืนยันวินิจฉัยรกเกาะต่ำในห้องผ่าตัดโดยที่มีการเตรียมพร้อมทั้งผู้ป่วย แพทย์ ผู้ช่วยผ่าตัด วิสัญญีแพทย์และพยาบาล ตลอดจนมีเลือดเตรียมไว้เพื่อเตรียมพร้อมที่จะสามารถผ่าตัดคลอดได้ทันที วิธีการตรวจ double set-up ในปัจจุบันมีที่ใช้น้อย เพราะการวินิจฉัยรกเกาะส่วนใหญ่ได้จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

การรักษา

ปัญหาที่พบในมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำมี 2 ประการ คือ การตกเลือดและการคลอดก่อนกำหนด วัตถุประสงค์หลักของการรักษา คือ เพื่อป้องกันไม่ไห้มารดาได้รับอันตรายจากการตกเลือดและให้ทารกในครรภ์คลอด ออกมาใกล้เคียงกำหนดมากที่สุด ซึ่งมีแนวทางการรักษา ดังนี้

1. การรักษาแบบประคับประคอง (expectant management) ใช้ในกรณีที่การตั้งครรภ์ยังไม่ครบกำหนดและเลือดออกไม่มาก โดยให้นอนพักและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ในกรณีที่อาจจะมีการ คลอดก่อนกำหนดในระยะเวลาอันใกล้โดยเฉพาะก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ควรพิจารณาให้ corticosteroid เพื่อช่วยเร่งการเจริญเต็มที่ของปอดทารกในครรภ์ (fetal lung maturity) ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มี รกเกาะต่ำ จะมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมด้วย ถ้าเลือดออกในอายุครรภ์ที่น้อยๆ โอกาสเจ็บท้อง คลอดก่อนกำหนดมีมาก การให้ยา tocolytic เพื่อห้ามการเจ็บครรภ์คลอด ยังเป็นข้อถกเถียงอยู่

2. การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ (termination of pregnancy) ใช้ในกรณีที่มีเลือดออกมากจนอาจเป็นอันตรายต่อมารดา หรืออายุครรภ์ครบกำหนดคือ ตั้งแต่ 37 สัปดาห์เป็นต้นไป ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า

วิธีการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมในรกเกาะต่ำทุกราย คือ การผ่าท้องคลอด แต่มีบางสถาบันที่พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอดในบางรายได้โดยมีข้อบ่งชี้คือ รกเกาะชนิด Low-lying placenta ที่เกาะด้านหน้า เพราะรกที่เกาะด้านหน้านั้น ไม่ขัดขวางทางคลอดศีรษะทารกเข้าสู่อุ้งเชิงกรานแล้ว (engagement) ทารก ในครรภ์ เสียชีวิต ความพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง ทารกในครรภ์ไม่สามารถอยู่รอดได้ สำหรับการ ผ่าท้องคลอดนั้น จะต้องทำโดยแพทย์ที่มีความชำนาญเนื่องจากการผ่าตัดที่ยากและบางครั้งต้องใช้การ ตัดสินใจฉับพลันในขณะที่ผ่าตัดและการผ่าท้องคลอดที่เลือกได้ (elective cesarean section) จะดีกว่าการ ผ่าท้องคลอดฉุกเฉิน

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำนั้นจะต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ คือ ให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปหรือให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือมารดา ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้มารดามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลและดูแลตนเองมี วัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อให้มารดาปลอดภัยไม่เกิดภาวะตกเลือดและภาวะโลหิตจาง ระยะรอคลอดดูแลให้นอนพัก บนเตียง โดยจัดให้นอนท่าศีรษะสูง 20-30 องศา เพื่อให้ส่วนของทารกการกไว้ ช่วยให้เลือดออกน้อยลง ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด งดตรวจทางช่องคลอดและทวารหนัก เจาะเลือด ตรวจระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต และหมู่เลือด เพื่อเตรียมเลือดไว้ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มี โปรตีนและธาตุเหล็กสูง รับประทานยาบำรุงเลือด ระยะคลอดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยคลอดฉุกเฉิน ระยะ หลังคลอดเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด ดูแลให้ยา methergin, oxytocin ตามแผนการรักษา
2. เพื่อให้มารดาปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ สังเกตลักษณะ ปริมาณ สี กลิ่นของเลือดที่ออก บันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง แนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เปลี่ยน ผ้าอนามัย ทุกครั้งภายหลังการขับถ่าย ติดตามผลการตรวจค่าจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดเป็นระยะ ดูแลให้ ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ให้การพยาบาล โดยยึดหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ
3. เพื่อให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตตามปกติและได้รับออกซิเจนเพียงพอ ระยะรอคลอด ประเมินและสังเกต ลักษณะสี กลิ่น ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพราะถ้าเลือดออกมาก ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ รายงานแพทย์และให้ออกซิเจนแก่มารดาทันที แนะนำให้มารดาสังเกตและบันทึกการเต้นของทารก ติดตาม ผลการตรวจสภาวะของทารกในครรภ์เป็นระยะ ดูแลให้มารดานอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยง มดลูกดีขึ้น แนะนำให้มารดรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารจำพวกโปรตีนและธาตุเหล็ก ระยะ คลอด บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน เตรียมเครื่องมือใน การช่วยทารกแรกเกิดไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที ระยะหลังคลอด กรณีที่ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน รายงานกุมารแพทย์และเตรียมช่วยฟื้นคืนชีพ
4. เพื่อส่งเสริมการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดระยะรอคลอด ดูแลให้นอนพักบนเตียงเพื่อ ลดการหดตัวของมดลูก ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดูแลให้สารน้ำและยาลดการหดตัวของมดลูก ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา งดการตรวจทางช่องคลอดหรือทวารหนัก เพื่อลดการ กระตุ้นการหดตัวของมดลูก เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนดังนี้ สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด ทารกในครรภ์คนน้อยลง ให้รีบมาพบแพทย์ งดการทำงานหนักทุกชนิด งดการมีเพศสัมพันธ์และห้ามสวนล้างช่องคลอด แนะนำการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตาม อาการของมารดาและสุขภาพทารกในครรภ์
5. เพื่อให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลง สร้างสัมพันธภาพกับมารดา โดยการพูดคุยใช้คำพูด ที่สุภาพเป็นกันเอง ให้ข้อมูล พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง อาการและอาการแสดงของ ภาวะรกเกาะต่ำเปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกวิตกกังวล รับฟังด้วยความ ตั้งใจ และตอบ คำถามด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย จัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบ เพื่อส่งเสริมให้ได้รับการพักผ่อน อธิบายให้ทราบแผนการรักษา ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

- การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดูแลเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสร้าง สัมพันธภาพและคลายความวิตกกังวล ให้ความละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด ความเป็นไปในสิ่งที่มารดาจะต้องประสบ เกี่ยวกับอาการและเครื่องมือบางอย่าง สาธิตและอธิบายเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เช่น การพลิกตะแคงตัว การหายใจเข้าออกลึกๆ การไอที่ถูกวิธี โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน เปิดโอกาสให้มารดา ระบายความวิตกกังวล ชักถามข้อสงสัยและรับฟังด้วยความตั้งใจเพื่อเป็นการแสดงให้ทราบว่า พยาบาลเข้าใจยอมรับ ความรู้สึกของมารดา และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมกำลังใจให้แก่มารดา โดยเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยม ก่อนผ่าตัดและติดตามไปส่งหน้าห้องผ่าตัด และพยาบาลต้องประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย เช่น ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติ การเจาะเลือดและของเลือดเพื่อเตรียมพร้อมในกรณีเสียเลือดมาก เตรียมความสะอาดของผิวหนังบริเวณที่ ทำการผ่าตัด ดูแลคนน้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ใส่สายสวนปัสสาวะ

- การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตรวจสอบความถูกต้องของมารดา ชื่อและนามสกุล การผ่าตัดที่จะได้รับ นำมารดาเข้าห้องผ่าตัด ดูแลย้ายมารดาสู่เตียงผ่าตัด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะได้รับการ ผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ส่งเครื่องมือตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัด สังเกตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด จนเสร็จสิ้นการผ่าตัด ดูแลความเรียบร้อยของมารดา นำส่งมารดาไปห้องพักฟื้น

- การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พยาบาลต้องประเมินสภาพมารดาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยการติดตามสัญญาณชีพ การจัดการกับความเจ็บปวด อาการข้างเคียงของยาประเมินและดูแลแผลผ่าตัด ให้มารดาพยายามพลิกตะแคงตัวซึ่งจะช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวป้องกันการเกิดพังผืดรัดลำไส้และลดอาการท้องอืด วันแรกหลังผ่าตัดให้ลูกนั่งบนเตียง โดยไขเตียงให้ศีรษะสูง 45 องศา ปลายเท้าสูง 10-15 องศา วันที่ 2 หลังผ่าตัดให้ลูกนั่งห้อยเท้าข้างเตียง ยืนและนั่งเก้าอี้ข้างเตียง วันที่ 3 หลังผ่าตัดเริ่มให้ผู้ป่วยเดิน รอบๆ เตียง หลังจากผู้ป่วยแข็งแรงอนุญาตให้เดินไปห้องน้ำได้เอง แนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เกี่ยวกับอาหารการพักผ่อน การรักษาความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ที่สำคัญที่สุดก็คือการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน มารดาจะต้อง ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำในระยะเวลา 7 วันหลังการผ่าตัด รับประทานยาตามแพทย์สั่ง อาการผิดปกติที่ต้องมาพบ แพทย์ เช่น แผลผ่าตัดบวมแดงอักเสบ มีเลือดหรือหนองซึมจากแผลผ่าตัด และการมาตรวจตามนัด

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็ม (Orem) การดูแลตัวเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well being) แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือทำไม่ได้เต็มที่ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยการกระทำแทน หรือกระทำการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม โดยทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพหรือให้สุขภาพกลับมามีขึ้นและเป็นปกติสุข

2. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล (Nursing process) 5 ขั้นตอน

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ และค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วยต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องเก็บมาก แหล่งข้อมูลมีหลายทาง เช่น การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การตรวจร่างกาย เวชระเบียนทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทิมสุขภาพ จึงต้องเป็นข้อมูลที่สำคัญ ครอบคลุม นำข้อมูลไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เพื่อค้นหาปัญหามาไปสู่การวางแผนในการพยาบาล

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว พยาบาลจะนำข้อมูลเหล่านั้นมาผ่านการจัดหมวดหมู่ เรียบเรียง วิเคราะห์ และสู่ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เพื่อทราบแนวทางการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพ แบบที่ 1 มีภาวะสุขภาพดี แบบที่สอง คาดว่าจะเกิด

ปัญหาสุขภาพ เพราะพบปัจจัยเสี่ยง แบบที่สาม มีปัญหาสุขภาพ เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อนี้ คือการวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยที่พบ

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการพิจารณาและกำหนดกิจกรรมการช่วยเหลือหรือร่วมมือกับผู้รับบริการ โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล การกำหนดกิจกรรมพยาบาลและประเมินผล การเขียนแผนการพยาบาล และเป็นการสื่อสารเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการนำขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล มาปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องมีความรู้ เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ภายหลังปฏิบัติการพยาบาลแล้ว จะต้องบันทึกเป็นหลักฐานสิ่งที่ได้ปฏิบัติด้วย

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล การประเมินคุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเภท การประเมินขณะทำการพยาบาล การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล โดยสรุปการประเมินผลดังนี้ 1.บรรลุผลตามเป้าหมายและปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป 2.เป้าหมายยังไม่บรรลุ แต่มีความก้าวหน้าที่ดีตามแผนที่วางไว้ อาจมีการปรับเปลี่ยนแผนเล็กน้อย 3.เป้าหมายไม่บรรลุควรต้องมีการปรับแผนการพยาบาล หรือการประเมินข้อมูลใหม่เพื่อสร้างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

อุบัติการณ์ของรกเกาะต่ำพบได้ประมาณร้อยละ 0.3-0.5 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด และจะสูงมากขึ้นในกรณีที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน รกเกาะต่ำ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 อันตรายเกิดจากการ ที่สตรีตั้งครรภ์เสียเลือด หากมีเลือดออกไม่มาก และสามารถหยุดเองได้สามารถให้ตั้งครรภ์ต่อไปได้ โดยแพทย์จะให้พักผ่อนให้มาก งดการทำงานหนัก และให้รับประทานธาตุเหล็กทดแทนการเสียเลือด แต่หากเลือดออกมาก จะมีผลทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ ต้องให้เลือดทดแทนในมารดา และอาจ จำเป็นต้องผ่าตัดคลอด แม้อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด หากหัวใจทารกเต้นผิดปกติ และช่วยไม่ทัน ทารกในครรภ์เสียชีวิตได้ บางครั้งหากมารดาเสียเลือดมากหลังผ่าตัดทารกแล้ว อาจจำเป็นต้องตัด มดลูกออกด้วย เพื่อหยุดเลือด อัตราการเสียชีวิตของแม่เกี่ยวข้องกับรกเกาะพบได้ ร้อยละ 2-3 การ ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างทันที่หวังที่ จะสามารถช่วยเหลือมารดาและทารกได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
๒. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารก

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาค้นคว้าเรื่องภาวะรกเกาะต่ำจากตำราวิชาการต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการ วางแผนให้การพยาบาลมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๒. เลือกรณีศึกษา มารดาหญิงไทยอายุ ๒๖ ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ ๒ อายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์ ๕ วัน ครรภ์แรกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร สติแพทย์ วินิจฉัย Previous c/s with placenta previa at posterior lowlying คือพบตำแหน่งรกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกแต่ไม่คลุมลงมาถึงปากมดลูกด้านใน แพทย์จึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยทำการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

๓. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการ เจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

๔. วินิจฉัยการพยาบาล เพื่อวางแผนในการพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันที่หวังที่

๕. ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลต่อเมื่อปัญหาไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

๖. สรุปรณศึกษาเฉพาะราย นำข้อมูลมาสรุป จัดทำเป็นเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้องและนำเสนอตามลำดับ

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลได้เรียนรู้ ทบทวนพัฒนาศึภภาพการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
๒. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

กรณีศึกษา

มารดา G2 P1 A0 L1 อายุครรภ์ 38⁺⁵ สัปดาห์ ครรภ์แรกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครรภ์ครบกำหนด วันแรกของ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) วันที่ จำไม่ได้ คัดคะแนนการคลอด (EDC) วันที่ 8 กรกฎาคม 2565 ผ่ากรครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 5 ครั้ง ครบเกณฑ์คุณภาพ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 ครั้ง ผลการตรวจเลือด โรคทางเพศสัมพันธ์ผลปกติ ความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 1 ได้ 42 % ครั้งที่ 2 ได้ 34 % ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ส่วนผลการ ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่ามีภาวะรกเกาะต่ำชนิดส่วนของรกปกคลุมส่วน ที่เป็นรูเปิดด้านในของปากมดลูก อาการทั่วไปปกติดีในขณะตั้งครรภ์ รับไว้ในการดูแลที่ห้องคลอด วันที่ 29 มิถุนายน 2565 เวลา 08.00 น. วันนี้มีมาตามนัดเพื่อผ่าตัดคลอด สูติแพทย์ วินิจฉัย Previous c/s with placenta previa at posterior lowlying Set OR for LT c/s with TR โรงพยาบาล แรกรับ ยอดมดลูก 3/4 มากกว่าสะดือ ไม่มีการหดตัวของมดลูก งดตรวจภายใน ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจทารก 144 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอชัดเจน อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท แรกรับมารดา รู้สึกตัวดีไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดจึงรับมารดาไว้ในห้องคลอด ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกได้ 144 ครั้ง นาที พร้อมกับจัดทำให้มารดาอนตะแคงซ้าย เพื่อป้องกัน ไม่ให้มดลูกไปกดทับเส้นเลือดใหญ่ (Interior ven cava) ที่อยู่ก่อนมาทางด้านขวาของร่างกาย ทำให้การ ไหลเวียนของเลือดไหลเวียนได้ดี ดูแลให้มารดาได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำไม่ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เมื่อเวลา 08.50 น. เพื่อรักษาภาวะสมดุลของน้ำและสารน้ำในร่างกาย และยา แอมพิซิลลิน (ampicillin) 1 กรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อเวลา 09.00 น. เพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย group B Streptococcus การประเมินผล หลังให้การพยาบาลอัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 140 160 ครั้ง/นาที สูติแพทย์ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่า มีภาวะรกเกาะชนิดส่วนของรกปกคลุม ส่วนที่เป็นรูเปิดด้านในของปากมดลูกจริง จึงวางแผนการรักษาโดยให้ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ส่งมารดาเข้าห้องผ่าตัดเวลา 10.30 น.

แรกรับที่ห้องผ่าตัดมารดา รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด การดูแลโดยการแนะนำตนเองเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ สร้างสัมพันธภาพกับมารดาด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ซักถามอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย ความก้าวหน้าของการคลอด กระบวนการคลอด และแผนการรักษาให้มารดาทราบ

มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตร ให้การพยาบาล โดยสร้างสัมพันธภาพกับมารดาด้วยท่าทีที่เป็น มิตร รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อนและพูดคุยปลอบโยนให้ความมั่นใจ อธิบายเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำให้มารดาเข้าใจ ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดคลอด เตรียม ร่างกายมารดาเพื่อผ่าตัดคลอด การประเมินผล หลังให้การพยาบาล มารดาเข้าใจ คลายความวิตกกังวล ลงนาม ยินยอมผ่าตัดคลอด เนื่องจากภาวะรกเกาะต่ำชนิดส่วนของรกปกคลุมส่วนที่เป็นรูเปิดด้านในของปากมดลูก

เวลา 11.05 น.มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ใช้วิธีระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) ทารกคลอดเวลา 11.07 น. เพศชาย น้ำหนัก 3,230 กรัม ตัวยาว 46 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส APGAR Score ที่ 1 นาที ได้ 9 คะแนน(หักสีผิว) และ 5 นาที ได้ 10 คะแนนตามลำดับ ให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดโดยการดูดเสมหะเพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่ง ให้ความอบอุ่น เช็ดคราบเลือดให้แล้วนำไปให้มารดาโอบกอดสัมผัสมารดา แล้วส่งไปสังเกต อาการต่อที่ห้อง

คลอด มารดาพักฟื้นหลังผ่าตัดเพื่อสังเกตอาการที่ห้องผ่าตัด 30 นาที หลังผ่าตัดมารดารู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม EBL=400 ml. สัญญาณชีพปกติจึงย้ายไปที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เวลา 12.15 น.

30 มิถุนายน 2565 (หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 1)

เวลา 09.00 น. มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม น้ำคาวปลาสีแดงชุ่มผ้าอนามัยประมาณ 100 มิลลิลิตร บริเวณหลังมือที่ให้น้ำเกลือไม่บวมแดง ดูแลนำบุตรให้ดูนมมารดาในท่านอน บุตรสามารถดูดนมมารดาได้ วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาทีการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/62 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มจิบน้ำได้ตอนเช้า อาหารเหลวในตอนเที่ยง และโจ๊กในตอนเย็น รับประทานยา Paracetamol(500 มิลลิกรัม)ครั้งละ 2 เม็ดเวลามีอาการปวด ทุก 4-6 ชั่วโมง ดูแลให้เริ่มจิบน้ำและรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการสำลักอาเจียน ไม่มีอาการท้องอืด ปวดแผลผ่าตัดPain score 4 ให้รับประทานยา Paracetamol (500 มิลลิกรัม) ครั้งละ 2 เม็ด ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังรับประทานยาแก้ปวดประมาณ 30 นาที ปวดแผลผ่าตัดน้อยลงPain score 2 ช่วยให้ลุกเดินเพื่อกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันอาการท้องอืด สามารถลุกเดินข้างเตียงได้ไม่มีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ

1 กรกฎาคม 2565 (หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 2)

เวลา 09.30 น. มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม น้ำคาวปลาสีแดงชุ่มผ้าอนามัยประมาณ 50 มิลลิลิตร มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส นานนมไหลดีทั้ง 2 ข้าง ทารกแข็งแรงดี สามารถดูดนมมารดาได้ ขับถ่ายปกติ วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาทีการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท แนะนำการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดากระตุ้น ให้บุตรดูดนมบ่อย ๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง โดยยึดหลัก 3 ดูด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี เพื่อให้เกิดการสร้างน้ำนม จากการประเมินผลโดยการสังเกตพบว่ามารดาไม่สามารถให้บุตรดูดนมได้ถูกวิธี บุตรร้องกวน เนื่องจากไม่เข้าใจในรายละเอียดของหลักการและวิธีการให้นมบุตร ต้องเข้าไปแนะนำให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างซ้ำๆและหลายๆครั้ง รวมทั้งฝึก ให้มารดาปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งการให้นมบุตรและการอาบน้ำ-นวดสัมผัสบุตร ดูแลและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เริ่มรับประทานข้าวต้ม ไม่มีอาการท้องอืด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

2 กรกฎาคม 2565 (หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 3)

เวลา 09.55 น. มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม น้ำคาวปลาสีแดงชุ่มผ้าอนามัยประมาณ 50 มิลลิลิตร มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส นานนมไหลดีทั้ง 2 ข้าง ทารกแข็งแรงดี สามารถดูดนมมารดาได้ ขับถ่ายปกติ วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาทีการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อนุญาต ให้มารดาพร้อมบุตร กลับบ้านได้ และรับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน ให้คำแนะนำแก่มารดาสามี และญาติ เรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด การคุมกำเนิด การดูแลบุตรอาการผิดปกติของมารดาและบุตร การรับวัคซีนป้องกันโรค มารดาและญาติ เข้าใจ จำหน่ายมารดาพร้อมบุตรนัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์

ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด 3 ครั้ง อาการดีขึ้นเรื่อย ๆ แผลผ่าตัดแห้งดี ครั้งที่ 3 วางแผนจำหน่ายมารดา ในวันจำหน่ายมารดาตั้งบริเวณแผลผ่าตัดเล็กน้อย แผลผ่าตัดไม่ซึมนานนมมาเพียงพอ ทารกแข็งแรงดี ผิวสีชมพู หายใจปกติ ตาและสะดือไม่แฉะ ดูดนมได้ทุก 2 ชั่วโมง ไม่มีอาการตาเหลืองตัวเหลือง ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค และไวรัสตับ-อักเสบบี

การพยาบาล

ปัญหาที่ 1 ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์

- ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สนทนากับผู้คลอดอย่างเป็นกันเอง พร้อมรับฟังปัญหาและการระบายความรู้สึกของผู้คลอด
 2. เตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็น สาเหตุ ที่จะต้องได้รับการผ่าตัด คลอดบุตรทางหน้าท้อง การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลที่จะได้รับ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
 3. สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้คลอด และทารกเมื่อได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร โดยอธิบายให้คลอดทราบว่าขณะผ่าตัด หรือหลังผ่าตัดจะได้รับการดูแลจากสูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆ และตอบคำถามด้วยความเต็มใจ
- การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป (29 มิถุนายน 2565 เวลา 10.50 น.)

ปัญหาที่ 2 ผู้คลอดและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์

- เพื่อลดความวิตกกังวลผู้คลอดและญาติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยความนุ่มนวลและเป็นมิตร เพื่อให้ผู้คลอดและญาติรู้สึกอบอุ่นใจ และไว้วางใจ
 2. อธิบายข้อมูลให้ผู้คลอดและญาติทราบเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำแผนการรักษา และการพยาบาลต่าง ๆ ที่ได้รับ เพื่อให้ผู้คลอดและญาติมีความเข้าใจและลดความวิตกกังวล พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจให้ผู้คลอดและญาติ รู้สึกว่าจะได้รับความปลอดภัยทั้งต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์โดยมีทีมบุคลากรที่พร้อมให้การดูแล และช่วยเหลือผู้คลอดและทารกในครรภ์ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้คลอดและญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลรักษา
 3. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่างๆโดยการรับฟังและตอบข้อซักถามด้วยความเห็นใจและนุ่มนวล
- การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป (29 มิถุนายน 2565 เวลา 10.50 น.)

ปัญหาที่ 3 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

วัตถุประสงค์

- มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลง
 2. ประเมินลักษณะและปริมาณเลือดที่ซึมจากบริเวณแผลผ่าตัด และเลือดที่สูญเสียทางช่องคลอด เพื่อประเมินการเสียเลือด
 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ เพื่อทดแทนสารน้ำที่สูญเสียไป
 4. ติดตามผลฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต เพื่อประเมินภาวะซีดของมารดาจากการเสียเลือดภายหลังผ่าตัด
 5. ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับงอ ให้ปัสสาวะไหลได้ดี เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูก และบันทึกจำนวนน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย เพื่อประเมินการเสียเลือดและการขาดน้ำ
- การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป (30 มิถุนายน 2565 เวลา 10.00 น.)

ปัญหาที่ 4 มีโอกาสเกิดการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากสูญเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด
คลอด

วัตถุประสงค์

- เพื่อช่วยเพิ่มมีประสิทธิภาพของการกำซาบเนื้อเยื่อ

กิจกรรมการพยาบาล

1.บันทึกความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ สังเกตอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือด ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด

2.สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยดูลักษณะผิวหนัง สีเล็บ เยื่อบุตา และติดตามผลการ ตรวจค่ามาโตคริตเพื่อประเมินการสูญเสียเลือดภายหลังผ่าตัด

3.สังเกตเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและเลือดที่ออกจาก ช่องคลอดโดยสังเกตจำนวนเลือดที่ผ้าอนามัย

4.บันทึกและสังเกตลักษณะจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุก 1 ชั่วโมง จำนวนไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต

5.ดูแลให้ได้รับสาร ทางหลอดเลือดดำถูกต้อง ตามแผนการรักษา เพื่อรักษาความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป (30 มิถุนายน 2565 เวลา 10.00 น.)

ปัญหาที่ 5 : ปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง เพื่อเป็นข้อมูลในการ ช่วยเหลือจัดทำนอนในท่าศีรษะสูง 45 องศาและเข่างอ เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ปวดแผลลดลง

2.แนะนำการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัด เพื่อพยุงแผล แนะนำการไออย่างถูกต้องและมี ประสิทธิภาพ โดยสูดลมหายใจเข้าลึกๆ แล้วไอออกมาแรงๆ ครั้งเดียว ขณะไอให้ประคองแผลผ่าตัดจะช่วยพยุงแผล และกล้ามเนื้อหน้าท้องป้องกันไม่ให้แผลแยก และบรรเทาอาการปวดได้

3.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ดูแลให้ยา บรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป (2 กรกฎาคม 2565 เวลา 09.50 น.)

ปัญหาที่ 6 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์

- ไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล :

1.บันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตลักษณะของแผลผ่าตัด เพื่อประเมินการติดเชื้อ

2.แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ ห้ามเปิด แกะเกาแผล ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะด้วยวิธีปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

3.แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย ปากฟันและอวัยวะ สืบพันธุ์ โดยเริ่มจากด้านหน้าไปด้านหลัง เพื่อป้องกันมิให้เชื้อโรคบริเวณทวารหนักเข้าสู่ช่องเชิงกราน

4.ดูแลให้ยา แอมพิซิลลิน 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาเพื่อฆ่าเชื้อโรคป้องกันการติดเชื้อ

5.แนะนำการ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผล
การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป (2 กรกฎาคม 2565 เวลา 09.50 น.)

ปัญหาที่ 7 : ท้องอืดเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อย

วัตถุประสงค์

- ท้องอืดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1.กระตุ้นให้มารดาลุกเดินโดยเร็ว เพื่อช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหว ป้องกันท้องอืด

2.แพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้ ให้เริ่มจากอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดา เพื่อช่วยให้ระบบย่อย อาหารปรับสภาพ

3.แนะนำให้ดื่มน้ำ โดยเฉพาะน้ำอุ่น น้ำผลไม้อย่างน้อยวันละ 2,500 – 3,000 มิลลิลิตร เพื่อให้อุจจาระนิ่มทำให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น

4.หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ และเครื่องดื่มอื่นๆ ที่มีส่วนผสมของกาแฟ เพื่อป้องกัน ร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะมากขึ้น ทำให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกขึ้น

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป (2 กรกฎาคม 2565 เวลา 09.50 น.)

ปัญหาที่ 8 : ไม่สุขสบายเนื่องจากเต้านมคัดตึง

วัตถุประสงค์

- สุขสบายขึ้น อาการคัดตึงเต้านมลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1.อธิบายให้เข้าใจถึงอาการคัดตึงเต้านมว่าเป็นอาการปกติในระยะหลังคลอดเกิดจาก เลือดและน้ำเหลืองบริเวณเต้านม จะมีอาการเพียง 1-2 วัน อาการคัดตึงเต้านมจะทุเลาลงเมื่อให้บุตรดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ คือ พูดเร็ว ดูดบ่อยและดูดถูกวิธี

2.สอนและฝึกให้มารดาประคบเต้านมด้วยน้ำร้อนสลับกับเย็น เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้น

3.แนะนำการสวมเสื้อยกทรงที่มีขนาดพอเหมาะ เพื่อช่วยพยุงเต้านม และให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป (2 กรกฎาคม 2565 เวลา 09.50 น.)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ได้ให้การดูแลมารดาที่มีภาวะรกเกาะตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และเฝ้าติดตามประเมินผล การพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน ปัญหาทั้งหมด 8 ปัญหา ได้รับการแก้ไขทั้งหมด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้เป็นอย่างดี พร้อมทั้งให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน มารดาสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1.เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

2.พัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

3.มารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ภาวะรกเกาะต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเป็นภาวะที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้คลอดจากการสูญเสียเลือดก่อนคลอด หลังคลอด และทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งหากได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารกได้ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมพร้อมในเรื่องของอุปกรณ์ และทีมบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้คลอดและทารกแรกเกิด

ผู้คลอดมีภาวะรกเกาะต่ำ ซึ่งจัดเป็นภาวะฉุกเฉิน ทำให้ญาติมีความวิตกกังวลและต้องการเข้าเยี่ยมอาการของผู้คลอดตลอดเวลา แต่เนื่องด้วยจำนวนผู้รับบริการในห้องคลอดมีจำนวนมาก ทำให้มีข้อจำกัดเรื่องการให้ญาติเข้าเยี่ยมอาการของผู้คลอด

ผู้คลอดตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และครรภ์แรกเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากสถานการณ์ปัจจุบัน การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มารับบริการในกลุ่มแม่และเด็กมีความเปราะบางมากขึ้น จากสื่อโซเชียล กรณีตัวอย่างในข่าว ข้อร้องเรียนในการรักษา หากเกิดข้อผิดพลาดในการรักษาโดยการขาดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และการดูแลในแต่ละบริบทของแต่ละโรงพยาบาลที่ดูแล รวมไปถึงความคาดหวังและความวิตกกังวลในการดูแลรักษาของผู้ป่วยและญาติ มีความกังวลสูง ดังนั้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยกะทันหันจะให้เกิดภาวะเครียดได้ง่ายยิ่งขึ้น กรณีศึกษานี้เป็นเพียงเคสตัวอย่าง ไม่ได้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการในโรคนั้นๆได้ ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของแต่ละคนเป็นอย่างดี การใช้ประสบการณ์การทำงาน การเฝ้าสังเกตอย่างใกล้ชิด ในกลุ่มผู้ป่วยแม่และเด็ก ต้องดูแลทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความวิตกกังวลสูง และต้องมีการประเมินซ้ำในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวัดว่าการรักษาพยาบาลครอบคลุมหรือไม่ องค์กรความรู้ใหม่ๆที่นำมาใช้ในการรักษาพยาบาล เช่นการนำเครื่องมือผ่าตัดที่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดได้ดีขึ้น การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติในทุกกระบวนการของการผ่าตัด ทั้งการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลแบบองค์รวม ผู้ดูแลต้องหมั่นศึกษาหาความรู้ เพื่อมาช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานและถูกต้อง เพื่อเกิดประโยชน์และเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาล

๙. ข้อเสนอแนะ

- การให้การดูแลผู้ป่วยระยะแรกจะสมบูรณ์ รวดเร็ว ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความพร้อมในเรื่อง การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในทีมที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการประสานงานที่ดี จึงจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ประสบผลสำเร็จ
- ทบทวนกระบวนการดูแลให้การพยาบาล ตั้งแต่กระบวนการเยี่ยมประเมิน การดูแลขณะผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดร่วมกับทีม ทุก 3 เดือนเพื่อพัฒนางานผ่าตัด
- จัดทำแนวทางในการดูแลรักษาและให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำสำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้มีความรู้ ความสามารถที่จะดูแลผู้คลอดให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐาน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน ผลงานวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำ จำนวน ๑ เรื่อง

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ๑๐๐ % นางสาววราธร ภูมิคำ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางสาววราธร ภูมิคำ)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) / /
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววราธร ภูมิคำ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาววชิรี บุตรศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 4 / 12 / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายทอง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพินุลมิ่งสาทร

(วันที่) 10 / 12 / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้



(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

..... นายแพทย์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
ข้าราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๖

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
ระดับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)**

๑. เรื่อง จัดทำแผนพับเรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะรกเกาะต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ที่มีผลกระทบต่อมารดาตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากพบว่ามี การตกเลือดก่อนคลอดซึ่งเป็นอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Robert, ๒๐๐๘:๒) ภาวะรกเกาะต่ำเป็นสาเหตุของการตกเลือดก่อนคลอดที่พบบ่อยในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์โดยพบอุบัติการณ์ในหญิงตั้งครรภ์ประมาณ ๓ - ๖ รายของหญิงตั้งครรภ์ ๑,๐๐๐ ราย (บุญสืบ โสโสม, ๒๕๕๙: ๒๙๐) จากสถิติของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปีพ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ พบร้อยละ ๗.๗๙, ๗.๙๑ และ ๗.๘๗ ของการคลอดตามลำดับ และพบว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะรกเกาะต่ำได้ลดลงอย่างมากภายหลังที่ได้รับเริ่มให้การรักษาโดยการให้เลือดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนอันตรายและอัตราการตายของทารกปรีกำเนิดเป็นผลมาจากการคลอดก่อนกำหนดและพบว่าการรักษาแบบประคับประคอง สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของทารกได้ (นิมิต เดชไกรชนะ, ๒๕๕๘: ๓๙๒) ในบทบาทของพยาบาลการให้ความรู้คำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะรกเกาะต่ำขณะตั้งครรภ์ จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน จึงได้จัดทำแผนพับเรื่อง การเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีเนื้อหาครอบคลุมสาเหตุ ภาวะรกเกาะต่ำ อาการ อาการแสดง การรักษา และการปฏิบัติตัว

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การจัดทำแผนพับ เรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem อังใน ฟาริตา อิบราฮิม, ๒๕๕๖) โดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งแบ่งได้ ๒ ประเภท คือกลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ทางระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัว ได้แก่ครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการสนับสนุนให้ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยอาศัยความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

ดังนั้น การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพและแรงสนับสนุนจากครอบครัว (วิราวัฒน์กล้าแรง, ๒๕๕๙: ๓๕) เพื่อให้ได้มีโอกาสรับข้อมูลการปฏิบัติตน การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ขณะผ่าตัดคลอดและหลังผ่าตัดคลอดบุตร ส่งผลให้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำสามารถดูแลตนเองและบุตร รวมถึงสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

๑. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มโดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ

๒. นำข้อมูลเนื้อหาที่จะจัดทำแผนพับปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

๓. ดำเนินการผลิตแผนพับ

๔. ทดลองนำแผนพับไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างและประเมินผล

๕. นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริง

๖. ปรับแผนพับที่ได้ให้เป็นมาตรฐาน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำ
๒. เพื่อเป็นแนวทางประกอบการอธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ
๓. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเตรียมตัวผ่าตัด การดูแลตัวเองหลังผ่าตัด หรืออาการแทรกซ้อนที่สามารถพบได้หลังผ่าตัด
๒. มารดาที่มาใช้บริการผ่าตัดคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำและญาติมีความพึงพอใจในการรับบริการผ่าตัดของโรงพยาบาลพิจุลมั่งสาหาร

(ลงชื่อ) Z

(นางสาววราธร ภูมิคำ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 22 / 10 / 2566

ผู้ขอประเมิน

4. นิเทศงานด้านสาธารณสุขให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เดือนละ..1 ครั้ง อสม.ตำบลไรใต้ จำนวน 185 คน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การเฝ้าระวังและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลไรใต้ อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ จำนวน 5 เดือน ดำเนินการในช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

3. ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- เป็นเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานดูแลระบบรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว ประสบการณ์การทำงานด้านงานการรักษาพยาบาลเบื้องต้น สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไรใต้ อำเภอพิบูลย์มังสาหาร

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โครงสร้างรายงาน

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยหลายประเทศกำลังพัฒนาประเทศให้ทันโลกที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็วประเทศไทยเองก็ต้องพัฒนาให้ทันโลกเหมือนกัน ทรัพยากรอย่างหนึ่งที่เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ คือ ประชากร ถ้าประชากรมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีปัญหาโรคภัยไข้เจ็บประเทศก็ไม่ต้องเสียงบประมาณในการเอาเงินไปใช้จ่ายในการรักษาประชาชน แต่ในสภาวะปัจจุบันมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ประชาชนมีการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านการเมือง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และค่านิยมการเลียนแบบต่าง ๆ ของชาวต่างชาติ เป็นต้น ทำให้เกิดโรคหลายอย่าง ประชากรไทยวัยทำงานนับอายุตั้งแต่ 15 ปี – 59 ปี นับว่าเป็นช่วงวัยที่เป็นกำลังของชาติ ต้องรับผิดชอบตนเอง ครอบครัวและสังคม และเป็นช่วงวัยระยะยาวที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีระของร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ ร่างกายจะมีการพัฒนาตลอดเวลา จากวัยหนุ่มสาวสู่วัยผู้ใหญ่ เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะเริ่มถดถอยลงทีละน้อย อาจมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงในบางคนและจะมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหัวใจ โรคระบบหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เป็นต้น

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไรใต้ ได้มองเห็นความสำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน ได้สนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วให้กับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานทุกหมู่บ้าน และได้จัดทำโครงการอบรมผู้ช่วย เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ ให้สามารถวัดความดันโลหิต สามารถเจาะน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วโดยญาติหรืออาสาสมัครสาธารณสุข แล้วนำผลการตรวจมาประเมินความผิดปกติ สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และให้รู้ถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

การปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนในเขตรับผิดชอบ มีการดูแลเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ เป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้น การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ โดยทำงานอย่างเป็นระบบครบวงจร มีการจัดการและการประสานงาน การทำงานเป็นทีมที่ดี ทั้งจาก

แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติและตัวผู้ป่วยเอง จะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานให้ประสบผลสำเร็จได้

ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคไม่ติดต่อเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีชีวิต การให้บริการในเชิงรุกโดยให้บริการสำรวจครอบครัว ชุมชน เน้นการตรวจคัดกรองประชาชนในหมู่บ้านเชิงรุก เพื่อค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก(ยังไม่มีอาการ) เพื่อให้การรักษา และควบคุมโรคโดยเร็ว โดยมีเป้าหมาย การควบคุมป้องกันโรคคือ ลดการตายก่อนวัยอันควร ลดภาวะโรคคือป่วยจากโรคการป่วยซ้ำ ภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และลดค่าใช้จ่าย อีกทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ตัวผู้ป่วยเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย
2. สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม
3. เพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
4. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวาน
2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการ การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมไม่มีภาวะแทรกซ้อน

บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครอบครัวนี้ ทำให้ทราบว่า ภาวะการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาการเงิน และมีปัญหาด้านการปฏิบัติตัวอย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญปัญหาโดยรักษาระบบครอบครัวให้คงสมดุลได้ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ครอบครัวไม่ได้รับผลกระทบเท่าใดนัก ถึงแม้ว่าจะมีผลกระทบบ้างก็จะเป็นระยะแรก ๆ ก็จะสามารถคลี่คลายในที่สุด ทั้งนี้ ต้องอาศัยความผูกพันในครอบครัว การช่วยเหลือพึ่งพากันและกันซึ่งถือว่าเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของสมาชิกในครอบครัว

เนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยวัยกลางคน มีปัญหาด้านจิตใจและมีปัญหาด้านการปฏิบัติตัวได้ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย ในโครงการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่บ้านให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ในครั้งนี้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นซึ่งหลักการดูแลจะต้องดูแลแบบองค์รวม คือ ต้องดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของสมาชิกในครอบครัวทุกคน โดยยึดหลักการดูแลแบบผสมผสานและบูรณาการงานทุกงานให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพจากการศึกษา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน ส่วนใหญ่มักพบภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรค จึงได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลและพบว่าตัวอย่าง case ที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับภาวะแทรกซ้อนจะเห็นว่า

1. การที่ได้ให้ความรู้คำแนะนำต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ความมั่นใจ เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง การให้การพยาบาลที่ดี พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยค้นหาปัญหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยในชีวิต

ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือความพิการยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่

2. การประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด สามารถเสริมและให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติ ให้มีการประเมินความรู้ซ้ำก่อนกลับบ้านทั้งเรื่องยา อาหาร อาการมีผิดปกติ การปฏิบัติตนเองเมื่อเจ็บป่วย

3. กรณีศึกษาที่ได้ศึกษา Case นี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดูแลโรคเรื้อรังอื่นต่อได้

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ ระยะเวลาการเฝ้าระวังและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมระยะเวลา 5 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานลดลง
2. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วยมากขึ้นและทราบถึงการปฏิบัติตัวได้ต้อง
3. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานลดลง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบันเป็นสังคมที่เร่งรีบในการทำงานและขาดการดูแลตนเองจึงทำให้พบการเจ็บป่วยที่เป็นโรคที่เลยระยะป้องกัน จำนวนผู้ป่วยจึงเพิ่มขึ้นเกินการควบคุม ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะรักษาเพิ่มขึ้น

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานอาจดูแลคนไข้ได้ไม่ทั่วถึง และผู้ป่วยยังขาดความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเอง ขาดความตระหนักในการควบคุมโรค

9. ข้อเสนอแนะ

1. ให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย
2. การฝึกอบรมบุคลากรในส่วนที่รับผิดชอบ อาทิ เช่น อสม.กรรมการชุมชน ให้มีความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและสามารถให้บุคลากรนี้ติดตามการปฏิบัติตัวผู้ป่วย เมื่อกลับบ้านในเขตชุมชนที่รับผิดชอบ
3. การจัดเจ้าหน้าที่ สหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล โภชนากร เกษัช ออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน
4. การดูแลให้ยาผู้ป่วยรับประทานที่บ้านและการ F/U ผู้ป่วยมาพบแพทย์ให้ตรงกับวันนัดทุกครั้ง

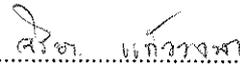
10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....ไม่มี.....

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- 1)นางสาวจริยา...แก้ววงษา..... สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ 100.....
- 2) สัดส่วนของผลงาน.....
- 3) สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

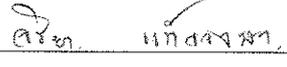
(นางสาวจริยา แก้ววงษา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

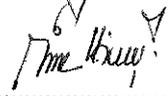
(วันที่) ๑ / พฤษภาคม 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงรายชื่อ
1.นางสาวจริยา แก้ววงษา	
2.ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)...	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

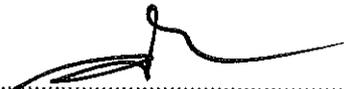
(ลงชื่อ) .....

(นางกานต์กิริติ แก่นบุตดี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ไร่ใต้

(วันที่) ๑ / พฤษภาคม 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

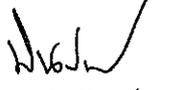
(ลงชื่อ) .....

(นายวานิช สายเย็น)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร

(วันที่) ๑ / พฤษภาคม 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป


(นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ -
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๖

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ชำนาญการ)

1. เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน ตำบลไร่ใต้ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี

2. หลักการและเหตุผล

การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น แต่ในทางปฏิบัติแล้วผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องกลับต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ได้รับอุปสรรคต่างๆในการดำเนินชีวิต และต้อง พบกับความยุ่งยากในวิธีการรักษา ทั้งนี้มีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายล้มเหลว ได้แก่ การขาดความรู้ในการดูแลการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของตนเอง และญาติ การขาดแรงกระตุ้นสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม และสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป การขาดความตระหนักของความสำเร็จในการดูแลตนเองและทักษะในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิต บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขเพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ พยาบาล เพราะเป็นบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง โดยบทบาทของพยาบาลหลัก ๆ มีดังนี้ 1) บทบาทในการปฏิบัติการพยาบาล 2) บทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) บทบาทในการสื่อสาร 4) บทบาทการดูแลแบบองค์รวมภายใต้จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย 5) บทบาทการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง และ 6) บทบาทการประสานงาน พยาบาลที่สามารถประยุกต์ใช้บทบาทดังกล่าวจะช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกกระบวนการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีใต้ ได้จัดบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบตำบลไร่ใต้ จะได้รับบริการการพยาบาลตั้งแต่เริ่มป่วย พุดคุยแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการรักษาตั้งแต่เริ่มป่วย จนกระทั่งเข้าสู่ระบบการรักษา และติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ประสานงานติดตามอาการผ่าน อสม.ที่รับผิดชอบตามหลังคาเรือน และออกเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัช โภชนากร กายภาพบำบัด และอสม ซึ่งปัจจุบันพื้นที่ตำบลไร่ใต้ มีผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ในปี 2565 จำนวน 4 ราย ซึ่งในแต่ละรายพบภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกันออกไป เช่น มีอาการปวดแน่นท้อง สิ้นน้ำล้างไตทางหน้าท้องมีสีผิดปกติ ลักษณะขาวขุ่น หรือมีไข้ ผลจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องทางเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานจึงเห็นความในการดูแลผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้อง ตำบลไร่ใต้ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน ตำบลไร่ใต้ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด (Premature rupture of membranes) เป็นภาวะที่ซับซ้อนและเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งทางสูติศาสตร์ ปัญหาในทางการดูแลรักษาจะพบในกลุ่มที่มีอายุครรภ์ไม่ครบกำหนดมากกว่ากลุ่มอายุครรภ์ที่ครบกำหนด ภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มนี้ได้แก่ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อ และภาวะขาดออกซิเจนในทารก ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอดพบเป็นหนึ่งในสองของการคลอดก่อนกำหนด อุบัติการณ์ของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอดพบได้ ๒ - ๑๘ % ของการตั้งครรภ์ ในขณะที่กลุ่มที่การตั้งครรภ์ยังไม่ครบกำหนดพบได้ ๐.๗ - ๔ %

หรือพบได้ ๒๐ - ๔๐ % ของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอด เมื่อมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอดการดำเนินโรคที่ตามมาคือ การเจ็บครรภ์คลอด พบ ๔๙ - ๙๓ % ของผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอดที่ตั้งครรภ์ยังไม่ครบกำหนด จะเจ็บครรภ์คลอดภายใน ๔๘ ชั่วโมง และมี ๕.๓ - ๕๑ % ที่สามารถตั้งครรภ์ต่อจนครบ ๗ วัน ในผู้ป่วยที่ไม่เจ็บครรภ์ในเวลาเกินกว่า ๔๘ ชั่วโมงจะสามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้เป็นระยะเวลา ๑ สัปดาห์ ซึ่งในรายที่การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป จะเพิ่มประโยชน์ให้ทารก ส่วนในกรณีที่ครรภ์ครบกำหนด พบว่า ๕๐% จะสามารถคลอดได้ภายในเวลา ๕ ชั่วโมง และอีก ๙๘ % จะคลอดภายใน ๒๘ ชั่วโมง

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในมารดา ได้แก่ การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ การติดเชื้อในโพรงมดลูก และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบในทารก ได้แก่ ภาวะการดำเนินงานของปอดล้มเหลว ภาวะเลือดออกในสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดของทารก เป็นต้น และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่สามารถพบได้คือ ภาวะแทรกซ้อนต่อสายสะดือ เช่น สายสะดืออักเสบ และสายสะดือถูกกดทับ ซึ่งทำให้ผลการตรวจติดตามการเดินของหัวใจทารกผิดปกติ เป็นต้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีผลต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยว่าจะสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระดับใด จึงต้องอาศัยความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการดูแลมารดาในกลุ่มนี้ เพราะไม่เพียงจะเกิดอันตรายต่อตัวมารดาที่ตั้งครรภ์เอง ยังส่งผลต่อทารกในครรภ์อีกด้วย พยาบาลที่ดูแลจึงต้องใช้ทักษะในการตรวจประเมินทั้งมารดาและทารกตั้งแต่แรกที่เข้ารับบริการ และในการเฝ้าระวังติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ต้องอาศัยความใส่ใจในการการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ดูแล รวมไปถึงการติดตามประเมินซ้ำๆ ของแต่ละช่วงเวลาของการติดตามการคลอด เพื่อให้มารดาและทารกในครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้น้อยที่สุด และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถประเมินและช่วยเหลือมารดาได้อย่างทันที่ ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมีมาตรฐานสูงสุด รวมไปถึงการให้ข้อมูลแก่ตัวมารดาและญาติในทุกๆ ขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา เป็นการให้ทักษะในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุดในการดูแลมารดาและทารก ซึ่งจำนวนมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดทั้งหมด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีจำนวน ๑๓ ราย แบ่งออกเป็นภาวะน้ำเดินมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง จำนวน ๑๐ ราย และภาวะน้ำเดินน้อยกว่า ๒๔ ชั่วโมง จำนวน ๓ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีจำนวน ๒๒ ราย แบ่งออกเป็นภาวะน้ำเดินมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง จำนวน ๑๗ ราย และภาวะน้ำเดินน้อยกว่า ๒๔ ชั่วโมง จำนวน ๕ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีจำนวน ๑๘ ราย แบ่งออกเป็นภาวะน้ำเดินมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง จำนวน ๑๖ ราย และภาวะน้ำเดินน้อยกว่า ๒๔ ชั่วโมง จำนวน ๒ ราย

จะเห็นได้ว่าจากจำนวนมารดาที่มีภาวะน้ำเดินยังมีเป็นประจำทุกปี และที่สำคัญภาวะน้ำเดินมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง

ยังพบได้มากกว่าภาวะน้ำเดินน้อยกว่า ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องคลอด
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
๓. เพื่อให้มารดาสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
๔. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ๑ ราย ในงานการพยาบาลผู้คลอด
 ๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
 ๓. ศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
 ๔. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่ออินเทอร์เน็ต ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าพยาบาล และผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา
 ๕. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ
 ๖. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
 ๗. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล
 ๘. รวบรวมข้อมูล และประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี
 ๙. เรียบเรียงข้อมูลที่ได้จัดทำเอกสารวิชาการ ประกอบด้วยอธิบายความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อแนะนำในการปฏิบัติตน
 ๑๐. ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและนำมาพัฒนา
 ๑๑. นำผลงานเสนอผู้บังคับบัญชา เพื่อใช้กับมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
 ๑๒. ชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานให้รับทราบ เพื่อนำเอกสารไปใช้ในหน่วยงาน
 ๑๓. ประเมินผลการให้คำแนะนำและการใช้ ทุก ๓ เดือน
- เป้าหมาย**
๑. เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลได้เรียนรู้ ทบทวนพัฒนาศักยภาพการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
 ๒. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

กรณีศึกษา

มารดาอายุ ๒๐ ปี สถานภาพ คู่ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร เมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๗.๐๐ น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีน้ำออกทางช่องคลอด ๖ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลไม่มีอาการเจ็บครรภ์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

๖ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีน้ำไหลออกทางช่องคลอดจนผ้าถุงเปียกเป็นวงกว้าง ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ลูกดิ้นดี จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด มารดาตั้งครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๑๐ สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่รพ.สต.โนนกลาง ครบ ๔ ครั้งคุณภาพ น้ำหนักเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ๕๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๐ เซนติเมตร ผลการตรวจครรภ์ปกติ สัญญาณชีพปกติตลอดการฝากครรภ์

ผลการตรวจปัสสาวะ : ปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ๒ เข็ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก VDRL, HIV, HbsAg ผล : ปกติ, Hct เท่ากับ ๓๗ เปอร์เซ็นต์, เลือดกรุ๊ปเอ อาร์เอชบวก

การประเมินสภาพผู้คลอดแรกรับ : ๙ มิถุนายน ๒๕๖๓ มารดามาห้องคลอดเวลา ๐๗.๐๐ น. มารดา G๑PoAoLo GA ๔๐+๖ Wks. By U/S แรกรับ PV Cx. ๑ cm.๐ Eff ๕๐ % -๑ ML Clear น้ำไหลตามมือ LOA FHS ๑๔๔/min ใน ๑๐ นาทีไม่มี Uterine contraction EFW ๓,๐๐๐ กรัม

สัญญาณชีพแรกรับ : อุณหภูมิร่างกาย ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๖ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท

การตรวจร่างกายตามระบบ

- ศีรษะ ใบหน้าลำคอ ศีรษะรูปทรงปกติผมยาสีดำ ใบหน้าสมมาตรกันทั้งสอง ลำคอไม่มีก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต
- ตา อยู่ในแนวปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม เยื่อบุตาปกติ รูม่านตา มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง
- หู ลักษณะใบหูปกติการได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไทลออกจากหู
- จมูก ลักษณะจมูกปกติการรับกลิ่นปกติ
- ช่องปาก ลิ้นสีชมพู ปากแห้งเล็กน้อย เยื่อบุช่องปากไม่มีแผล เหงือกและลิ้นปกติ ฟันไม่ผุ
- ปอด ปกติไม่มีเสียง Crepitation
- หัวใจ จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ๙๖ ครั้งต่อนาที ไม่พบเสียง Murmur
- เต้านม เต้านมทั้งสองข้างมีขนาดเท่ากัน ไม่มีหัวนมบวม หรือบอด ไม่มีก้อนกดเจ็บ ไม่มีการอักเสบบริเวณเต้านม และต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ทั้งสอง
- อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ลักษณะปกติ ไม่มีแผล มีน้ำเดินลักษณะใสออกจาก ช่องคลอด
- กล้ามเนื้อและกระดูกไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวปกติ

ข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ตรวจ	สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	ค่าตรวจพบ	แปลผล
๙ มิถุนายน ๒๕๖๓	CBC			
	Hemoglobin	๑๒-๑๖ g/dl	๑๓g/dl	ปกติ
	Hematocrit	๓๗-๔๗ %	๔๐%	ปกติ
	WBC	๔,๐๐๐ -๑๑,๐๐๐/cu.mm.	๘,๒๐๐/cu.mm.	ปกติ
	Lymphocyte	๑๐-๕๐%	๗๐%	ปกติ
	Monocyte	๒-๘%	๒%	ปกติ
	PLT	๑๔๐,๐๐๐-๔๔๐,๐๐๐	๒๙๓,๐๐๐/cu.mm.	ปกติ
	UA	/cu.mm		
	Color		Amber	ปกติ
	Sp Gr	Amber	๑.๐๑๐	ปกติ
	pH	๑.๐๐๕ - ๐.๐๓๕	๕	ปกติ
	Protein	๔.๕ - ๘	Negative	ปกติ
	Glucose	Negative	Negative	ปกติ
			Negative	

การวินิจฉัยโรคแรกรับ : G๑PoAoLo GA ๔๐+๖ wks. with Premature Rupture of Membranes

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : G๑PoAoLo GA ๔๐+๖ wks. with Premature Rupture of Membranes c
Caesarean section

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

Progress Note	Order for one day	Order Continuation
๙ มิ.ย. ๒๕๖๓ ๐๘.๐๐ น. มารดา G๑Po c GA ๔๐+๖ Wks. By U/S Cx. ๑ cms Eff ๕๐% -๑ Ml ชัดเจนมีน้ำไหล ตามมือ สีน้ำ clear ใน ๑๐ นาทีไม่มี Uterine contraction EFW = ๓,๐๐๐ gms. NST = Reactive รายงาน แพทย์	- NPO - ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ ml + synto ๑๐ u iv drip ๔๐ cc/hr - record EFM ๓๐ min - Obs Progress of labor อีก ๒ ชม.	
๙ มิ.ย. ๒๕๖๓ ๑๐.๐๐ น. PV Cx. ๑ cm. Eff ๕๐ % -๑ MR I = ๕ min D = ๓๐ sec Notify แพทย์	- Off Augmentation - Set C/S due to PROM - On NSS ๑,๐๐๐ ml vein drip ๑๒๐ cc/hr. - Prep skin perineum and abdomen	

Progress Note	Order for one day	Order Continuation
๙ มิ.ย. ๒๕๖๓ แรกรับจาก OR V/S stable มารดาารู้สึกตัวดี	<ul style="list-style-type: none"> - Retain foley's cath - Ampicilin ๒ gm ก่อนไป OR - Record V/S q ๑๕ min x IV q ๓๐ min x II q ๑ hr until stable - นอนราบ ๘ ชม. ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ + Synto ๒๐ unit rate ๑๒๐ cc/hr. 	<ul style="list-style-type: none"> - NPO - Record V/S I/O - Retained Foley' cath - Ampicillin ๑ gm IV q ๖ hr - Palsil ๑๐ mg IV prn for N/V q ๔-๖ hr. - Pethidine ๕๐ mg IV q ๔ hr. x III then prn for pain
๑๐ มิ.ย. ๒๕๖๓ <ul style="list-style-type: none"> - มารดาไม่มีไข้ - สามารถให้ลูกดูนมได้ดี - ปัสสาวะปกติดี HF = ☉ - Normal bleeding - I/O = ๓,๔๕๐ / ๒,๕๕๐ ml Plan Soft Diet	<ul style="list-style-type: none"> - IV หมุด off - จิบน้ำเข้า - Liquid Diet เพียง - โฉก มือเย็น Early Ambulation	<ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol (๕๐๐mg) ๑ tab oral prn - Amoxy (๕๐๐mg) ๑x๓ oral pc
๑๑ มิ.ย. ๒๕๖๓ <ul style="list-style-type: none"> - มารดาไม่มีไข้ น้ำนมมาดี - มดลูกหดรัดตัวดี ลูกดูนมได้ดี - หลังกินอาหารท้องไม่อืด 	<ul style="list-style-type: none"> - Soft Diet 	
๑๒ มิ.ย. ๒๕๖๓ <ul style="list-style-type: none"> - มารดาไม่มีไข้ - น้ำนมมาดี ลูกดูนมได้ - มดลูกหดรัดตัวดี - Plan D/C 	<ul style="list-style-type: none"> - Regular Diet - D/C - เปิดแผลวันที่ ๑๖ มิ.ย. ๒๕๖๓ ที่ รพสต - นัดตรวจหลังคลอด ๖ สัปดาห์ วันที่ ๒๘ ก.ค. ๒๕๖๓ ที่ รพสต. - HM Amoxy (๕๐๐mg) ๑ x ๓ oral pc (๑๕ tab) 	

สรุปอาการขณะรับไว้ในความดูแล ๙ มิถุนายน ๒๕๖๓ (เวลา ๐๗.๐๐ น.) แรกรับที่ห้องคลอด มารดา G๑PoAoLo c GA ๔๐+๖ Wks. c Premature Rupture of Membranes มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีน้ำเดิน ออทางช่องคลอดไม่เจ็บครรภ์ แรกรับประเมินระดับยอดมดลูกได้ ๓/๔ > ๑ ปากมดลูกเปิด ๑ cm. Eff ๕๐ % -๑ ML มีน้ำออกทางช่องคลอดชัดเจน ทารกมีส่วนนำท่าศีรษะ LOA อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๔๔ ครั้ง ต่อนาที ใน ๑๐ นาทีไม่มี Uterine contractions รายงานแพทย์มี Order ๕% D/N/๒ ๑๐๐๐ cc + Syntocinon ๑๐ u drip ๔๐ cc/hr เวลา (๑๐.๐๐น.) หลังจากเร่งคลอด ๒ ชั่วโมง มดลูกหดรัดตัว Interval = ๕ นาที Duration = ๓๕ วินาที ประเมินความก้าวหน้าทางการคลอด ปากมดลูกเปิดเท่าเดิม แพทย์จึงพิจารณา ช่วยคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แรกรับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัวดีปวดแผลผ่าตัด pain score ๗ ไม่มี เลือดซึมจากแผลผ่าตัด น้ำคาวปลาไหลปกติสีแดงเข้ม มดลูกหดรัดตัวดี น้ำนมไหลเล็กน้อย T = ๓๗.๔ °C , RP = ๘๐ ครั้งต่อนาที RR = ๒๐ ครั้งต่อนาที BP = ๑๒๐/๓๐ mmHg แพทย์ให้การรักษา ๕%D/NSS ๑๐๐๐ cc v ๘๐ cc/hr และ ได้รับยาบรรเทาอาการปวด Pethidine ๕๐ mg iv q ๔ hr ๑ หลังผ่าตัด ปวด แผลผ่าตัดพอทน น้ำคาวปลาไหลปกติสีแดงจาง มดลูกหดรัดตัวดี น้ำนมไหลเล็กน้อย มีไข้ T = ๓๘.๑ °C , P = ๙๐ ครั้งต่อนาที , R = ๒๐ ครั้งต่อนาที , BP = ๑๒๐/๓๐ mmHg หลังผ่าตัด ๓ วัน ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีเลือดซึม น้ำนมไหลดี ทารกตัวแดงดี Activity ดี ดูนมมารดาได้ดีไม่สารถอก ได้รับยา ปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อคือ Amoxy ๕๐๐ mg ๑*๓ oral แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้รวมระยะเวลา เข้ารับการรักษา ๓ วัน ก่อนจำหน่ายให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอดและการ ดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจากมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดา G๑ Po อายุครรภ์ ๔๐+๖ สัปดาห์

S : มารดาให้ประวัติน้ำเดินเมื่อวันที่ ๙ มิ.ย.๒๕๖๓ มีน้ำคร่ำออกมาจากช่องคลอด ๖ ชม.ก่อนมา

O : ฝ้าถุงมารดาเปื่อยเป็นวงกว้างประมาณ ๑๐ เซนติเมตร

วัตถุประสงค์

เพื่อลดการติดเชื้อในโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

- อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง ๓๖.๕ - ๓๗.๔ °C

- อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๒๐-๑๖๐ ครั้งต่อนาที

- WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ ๔,๐๐๐ - ๑๑,๐๐๐/cu.mm.

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ซักประวัติและบันทึกเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก สีของน้ำคร่ำ คาคะเนจำนวน กลิ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ในระยะต้นๆ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

๒. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมงเพื่อ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะอุณหภูมิ ร่างกายไม่ควร มากกว่า ๓๗.๔ °C หากผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์เพื่อ ให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

๓. ตรวจฟังเสียงหัวใจทารกทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะน้ำเดินก่อนคลอดซึ่ง ปกติต้องอยู่ระหว่าง ๑๒๐-๑๖๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจน

๔. แนะนำ ผู้ป่วยใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตจำนวน สี ลักษณะของน้ำคร่ำ ที่ออกมาพร้อมทั้งบันทึก หาก ผิดปกติ เช่น มีกลิ่นเหม็น มี Thick Meconium ให้รีบรายงานแพทย์ทราบเนื่องจากเป็น ภาวะผิดปกติที่ต้องให้ การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

การประเมินผล

ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายในช่วง ๓๗.๑ - ๓๗.๔ °C ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการติดเชื้ออยู่ในภาวะปกติ WBC = ๘,๒๐๐ อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์

ปกติระหว่าง ๑๔๖-๑๕๔ ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอชัดเจน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ มีโอกาสเกิดภาวะสายสะดือย้อยเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
ข้อมูลสนับสนุน

O : มารดา G๑ Po อายุครรภ์ ๔๐+๖ สัปดาห์

S : มารดาบอกว่ามีน้ำเดินก่อนมาประมาณ ๖ ชม.

O : PV Cx. ๑ cm. Eff ๕๐% -๑ MI มีน้ำไหลตามหลังจากPV ชัดเจน ผ่าถุงเปียกเป็นวง

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะสายสะดือย้อย

เกณฑ์การประเมินผล

- ตรวจไม่พบสายสะดือย้อย

- อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๒๐-๑๖๐ ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลให้มารดานอนพักบนเตียง ไม่ให้ลุกเดินหรือเข้าห้องน้ำ ดูแล serve bed pan ทำกิจกรรมบนเตียง เพื่อป้องกันการพลัด ต่ำของสายสะดือ

๒. ฟังและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก ๑ ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่ อาจเกิดขึ้น หากผิดปกติ เช่น ต่ำกว่า ๑๒๐ ครั้งต่อนาทีหรือมากกว่า ๑๖๐ ครั้งต่อนาที ดูแลให้ O๒ Canular ๕ ลิตรต่อ นาทีและรีบรายงานแพทย์ทราบ

๓. ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก ๑ ชั่วโมงเพื่อ ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

๔. พิจารณาตรวจภายในเท่าที่จำเป็นเพื่อลดการนำเชื้อโรคเข้าสู่โพรงมดลูก

การประเมินผล

แรกรับผลการตรวจภายในไม่พบสายสะดือย้อย อัตราการเต้นของหัวใจทารกทำซ้ำ อยู่ในช่วง ๑๔๘-๑๕๔ ครั้งต่อนาที ชัดเจนสม่่าเสมอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
ข้อมูลสนับสนุน

O : มารดา G๑ Po มีสีหน้าไม่สดชื่น

S : มารดาบอกว่ากลัวลูกจะมีอันตราย ไม่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวลของมารดา

เกณฑ์การประเมินผล

- มีสีหน้าสดชื่น แจ่มใสขึ้น พูดคุยซักถามเจ้าหน้าที่มากขึ้น

- ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

๑. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์พร้อมตอบปัญหาข้อสงสัยและนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

๒. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์เพื่อให้คลายความวิตกกังวล

๓. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น การช่วยคลอด การพยาบาลในระยะระอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและการดูแลทารกที่มารดามีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

๔. อธิบายขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยด้วยท่าที่สงบ มั่นคง และจริงใจก่อนที่จะลงมือปฏิบัติและแจ้งผลการตรวจให้ทราบทุกครั้งเพื่อช่วยในการลดความวิตกกังวล

การประเมินผล

มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในแผนการพยาบาล พูดคุยและมีใบหน้าที่วิตกกังวลลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ เจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัศตัว

ข้อมูลสนับสนุน

- : มารดาได้รับการ Augmentation ๕%D/N/ ๒ ๑๐๐๐ cc + Syntocinon ๑๐ u v drip ๔๐ cc/hr
- : มารดาเริ่มมีอาการกระสับกระส่ายบิดตัวไปมาเมื่อมดลูกหดรัศตัว
- : มารดาเริ่มมี contraction หลังให้ยาแรงตลอด I = ๕ min D = ๓๕ sec Intensity +๑
- : มารดาเริ่มแสดงสีหน้าเจ็บปวด

วัตถุประสงค์

เพื่อทุเลาอาการเจ็บครรภ์

เกณฑ์การประเมินผล

- กระสับกระส่ายน้อยลง
- เมื่อมดลูกหดรัศตัว สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ด้วยเทคนิคการหายใจ การนวด
- คลายความเจ็บปวดได้บ้างขณะมดลูกไม่หดรัศตัว

กิจกรรมการพยาบาล

๑. การพยาบาลมารดาอย่างใกล้ชิด ปลอดภัยให้กำลังใจ และสัมผัสมารดาด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้เกิดความอบอุ่นและเกิดความมั่นใจและสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดได้

๒. สอนเทคนิคการหายใจที่ถูกต้องวิธี เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด พร้อมทั้งให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น เมื่อมดลูกหดรัศตัวให้หายใจเข้าลึก ๆ ช้าและหายใจออกช้า ๆ

๓. ช่วยบีบนวดบริเวณหลังกระดูกก้นกบ และหน้าขาให้อย่างเบามือเพื่อบรรเทา อาการปวด และเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจและมั่นใจว่าจะผ่านความเจ็บปวดนี้ไปได้ด้วยดี

๔. ดูแลความสบายตัว ๆ ไป เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก เสื้อผ้าและเครื่องนอนสะอาด ไม่เปียกชื้น เพื่อให้ผู้คลอดสบายและรู้สึกสดชื่นขึ้น

๕. ตรวจสอบบันทึกการหดรัศตัวของมดลูกทุก ๓๐ นาที เพื่อประเมินภาวะผิดปกติของการหดรัศตัวของมดลูก การประเมินผล ผู้คลอดส่งเสียงครวญครางเบาและอาการกระสับกระส่ายลดลง เมื่อมดลูกหดรัศตัว ๓- ๔ ครั้งใน ๑๐ นาที สามารถใช้เทคนิคการหายใจทุกครั้ง สามารถคลายความเจ็บปวดได้บ้างเมื่อ มดลูกคลายตัว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังผ่าตัดคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

ข้อมูลสนับสนุน

- : มีแผลผ่าตัดคลอดที่หน้าท้อง
- : ผิวหนังร้อน
- : อุณหภูมิร่างกายสูง T = ๓๘.๑ °C

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อุณหภูมิลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมิน

- อุณหภูมิร่างกายสูงไม่เกิน ๓๗.๕ °C

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) เพื่อเป็นการระบายความร้อนออกจากร่างกายโดย การนำความร้อนซึ่งทำให้ไข้ลดลงและมารดาหลังคลอดมีความสุขสบายขึ้น และวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังการเช็ดตัวลดไข้เพื่อประเมินการพยาบาล

๒. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการใช้ตามแผนการรักษา Paracetamol (๕๐๐) ๒ tab q ๔ hr. พร้อม

ติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

๓. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนปริมาณเลือดและน้ำที่ร่างกายสูญเสีย

๔. ดูแลให้การบรรเทาหลังคลอดได้พักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อลดการเผาผลาญภายในเซลล์ของร่างกาย ลดการทำงานของกล้ามเนื้อที่มีผลทำให้การผลิตความร้อนลดลง

๕. บันทึกสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

๖. ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น ความสะอาดของร่างกาย ความสะอาดของช่องปาก ความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรคซึ่งอาจส่งผลต่ออุณหภูมิร่างกาย รวมทั้งเพื่อความสบายของมารดาหลังคลอด

ประเมินผล

ภายหลังให้การพยาบาล อุณหภูมิร่างกายลดลง = ๓๗.๖ °C วันที่ ๒-๕ หลังผ่าตัดไม่มีไข้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ ปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้องเนื่องจากมีแผลจากการผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

O : มีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องยาว ๕ นิ้ว

S : มารดาบอกว่าปวดแผลผ่าตัด

O : มารดาสีหน้าไม่สดชื่น

O : Pain score ๖ sedation score ๐

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

- มารดาหลังคลอดปวดแผลผ่าตัดลดลง

- มารดาหลังคลอดสีหน้าสดชื่นขึ้น

- Pain score ลดลงเหลือน้อยกว่า ๔

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายให้มารดาหลังคลอดรับทราบเกี่ยวกับสาเหตุของการปวดแผล กลไกการ หายของแผลผ่าตัด เพื่อคลายความวิตกกังวล

๒. แนะนำวิธีการลดความเจ็บปวดโดยการใช้มือประคองแผลผ่าตัด ในขณะที่เปลี่ยนท่า หรือเวลาไอและจาม

๓. จัดท่านอนที่เหมาะสมโดยการนอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ซึ่งจะช่วยให้ลดอาการปวดแผล

๔. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา คือ Pethidine ๕๐ mg IV q ๔ hrs. พร้อมติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

๕. รายงานแพทย์ทราบเมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น แผลผ่าตัดบวมแดง มีเลือดซึม มดลูก หดรัดตัวไม่ดี เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ประเมินผล

วันที่ ๑ หลังผ่าตัดหลังจากได้รับยา Pethidine ๕๐ mg IV q ๔ hrs. เพื่อบรรเทาอาการ ปวดมารดาบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง สามารถนอนหลับได้ประมาณ ๒ ชั่วโมงหลังจากได้รับยา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ ขาดความรู้ความเข้าใจการดูแลตัวเองหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาครรภ์แรกถามว่า "หลังคลอดสามารถรับประทานอาหารอะไรได้บ้าง"

O : มารดาครรภ์แรกผ่าตัดคลอดครั้งแรก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาสามารถดูแลตัวเองหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

- มารดาสามารถตอบคำถามได้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติของมารดา เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

๒. แนะนำให้มารดารับประทานอาหารที่มีคุณค่ามีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างเพียงพอ โดยรับประทานอาหารครบทุกประเภท เพื่อช่วยให้ร่างกายฟื้นฟู และยังมีผล ต่อการสร้างน้ำนม ในระยะหลังคลอด งดอาหารรสจัด ของหมักดอง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๓. แนะนำการพักผ่อนให้เพียงพอ โดยเฉพาะสัปดาห์แรกหลังคลอด

๔. แนะนำให้ผู้ป่วยทำงานให้เหมาะสมกับสภาพความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ในระยะ ๒ สัปดาห์หลังผ่าตัดคลอด

๕. แนะนำวิธีการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

๖. แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะเต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์

๗. แนะนำการงดรวมเพศ ๖ สัปดาห์หลังผ่าตัดคลอด

๘. แนะนำให้เข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และวิธีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

๙. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติซึ่งต้องมาพบแพทย์เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดปริ น้ำคาวปลาผิดปกติ

๑๐. อธิบายเกี่ยวกับความสำคัญ ของการมาตรวจร่างกายหลังคลอด

ประเมินผล

ภายหลังให้คำแนะนำมารดาสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ ๔๐+๖ สัปดาห์ by U/S ผ่าครรภ์ครบตามเกณฑ์ ผลการ ตรวจเลือดปกติ HBsAg = Negative, VDRL = Non Reactive, HIV = Negative, Blood group A Rh Positive, Hematocrit ครั้งที่๑ = ๓๔% ครั้งที่๒ = ๓๕% ระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติ มาโรงพยาบาลด้วยมีน้ำเดินออกทางช่องคลอดไม่เจ็บครรภ์เมื่อวันที่ ๙ มิ.ย.๖๓ (เวลา ๐๗.๐๐ น.) ประเมินระดับยอดมดลูก ๓/๔ > ๑ ซึ่งสัมพันธ์กับประวัติการขาดประจำเดือน ปากมดเปิด ๑ cm Eff ๕๐% -๑ ML มีน้ำเดินออกทางช่องคลอดชัดเจน ทารกมีส่วนนำเป็นท่าศีรษะ ทารกท่าซ้าย (LOA) อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๔๔ ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์มี Order ๕% D/N/๒ ๑๐๐๐ cc + Syntocinon ๑๐ u drip ๔๐ cc/hr เวลา (๑๐.๐๐น.) หลังจากเร่งคลอด ๒ ชั่วโมง มดลูกหดตัว Interval = ๕ นาที Duration = ๓๕ วินาที นาที ปากมดลูกเปิดเท่าเดิม แพทย์พิจารณาช่วยคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๓ (เวลา ๑๑.๐๘ น.) ทารกเพศ หญิง น้ำหนัก ๓,๑๒๐ กรัม Apgar score นาทีที่ ๑-๕ = ๙-๑๐ คะแนน ภายหลังผ่าตัดคลอดมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อน มารดาและทารกได้รับการดูแลหลังคลอด ๓ วัน แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ การพยาบาลที่มารดาได้รับตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย คือ ในระยะรอคลอดอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเพื่อคลายความวิตกกังวลของมารดา การดูแลให้นอนพักบนเตียงเพื่อป้องกัน ภาวะสายสะดือย้อยจากภาวะถุงน้ำคร่ำ แตกก่อนการเจ็บครรภ์ การสังเกตน้ำคร่ำ เช่น จำนวน กลิ่น สี เพื่อประเมินภาวะการมีติดเชื้อในโพรงมดลูก การตรวจฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกเพื่อ ประเมินภาวะสุขภาพของทารก การตรวจจับการหดตัวของมดลูกเพื่อ ประเมินความก้าวหน้าของ การคลอด การตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อ ประเมินภาวะการมีติดเชื้อ การดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตาม แผนการรักษาของแพทย์ ระยะหลังผ่าตัดคลอดได้รับการดูแลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การดูแลทารกแรกคลอด รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา ๓ วัน แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ อาการมารดา ก่อนจำหน่าย แข็งแรงดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย น้ำคาวปลาสีแดงจาง น้ำนมไหลดี T = ๓๖.๘ °C P = ๘๖ ครั้งต่อนาที R = ๒๐ ครั้งต่อนาที BP =

๑๑๐/๗๐ mmHg อาการของบุตรก่อนจำหน่าย Activity ดี ร้องเสียงดัง ตูตนมมารดาได้ดีไม่สำรอก สายสะดือไม่แฉะ น้ำหนัก ๓,๑๐๐ กิโลกรัม

คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

ด้านมารดา

๑. แนะนำการมาตรวจหลังคลอด ๔๕ วัน พร้อมเน้นให้มารดาให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจ หลังคลอดว่าเพื่อประเมินสุขภาพหลังคลอด เช่น ตรวจดูการหายของแผลผ่าตัด ลักษณะของน้ำ คาวปลา ระดับมดลูกว่ามีการเข้าอู่หรือยัง การไหลของน้ำนม พร้อมทั้งการแนะนำเกี่ยวกับวิธีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม หากพบอาการผิดปกติแพทย์ จะได้ให้คำแนะนำและการรักษา

๒. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา คือ Amoxy ๕๐๐ mg ๑ tab ๑ tid pc โดยการรับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า เที่ยง เย็น และให้รับประทานยาจนหมดเพื่อป้องกันการดื้อยาในการรักษาครั้งต่อไป Paracetamol ๒ tab ๑ q ๖ hr. โดยการรับประทาน ครั้งละ ๒ เม็ด เมื่อมีอาการไข้ ปวดมดลูกหรือเจ็บแผลผ่าตัด FBC ๑ tab ๑ bid pc โดยการ รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า เที่ยง เพื่อช่วยเสริมธาตุเหล็กซึ่งช่วยในการสร้างเม็ดเลือด

๓. แนะนำการงดรวมเพศ ๔ - ๖ สัปดาห์จนกว่า จะตรวจหลังคลอดแล้ว เพื่อป้องกันเชื้อโรค เข้าสู่โพรงมดลูก

๔. แนะนำการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้ดีทุกครั้งหลังถ่าย อุจจาระหรือปัสสาวะ และเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งที่ชุ่ม เพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค

๕. แนะนำการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างน้อย ๖ เดือน เนื่องจากนมมารดามีสารอาหาร ครบถ้วนต่อการเจริญเติบโตของทารกและยังมีภูมิคุ้มกันโรค ช่วยในเรื่องการประหยัดค่าใช้จ่าย และประหยัดเวลา ในการเตรียมและช่วยในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร

๖. แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ปลา ไข่ นมสด ผักทุกชนิด ผลไม้ เพื่อช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายและสร้างน้ำนมและยังช่วยในการขับถ่าย

๗. แนะนำอาหารที่ควรงด ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยาตองเหล้าอาหารหมักดอง น้ำชา กาแฟเพราะสามารถผ่านทางน้ำนมได้

๘. แนะนำการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ควรพักผ่อนให้มากจนกว่าจะรู้สึกแข็งแรงเหมือนก่อนตั้งครรภ์ กลางคืนควรได้นอน ๘ - ๑๐ ชั่วโมง และควรนอนพักตอนกลางวันประมาณ ๑ - ๒ ชั่วโมง ถ้าเป็นไปได้ควรนอนเวลาลูกหลับ ไม่ควรขึ้นบันไดสูงๆ ทำงานบ้านเบาๆ ได้แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น ตามลำดับอย่าหักโหม ไม่ควรยกของหนัก หรืองานที่ต้องออกแรงเบ่งเพราะกล้ามเนื้อและเอ็นต่างๆ ยัง ไม่แข็งแรง ถ้าออกแรงมากจะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น อาจทำให้มดลูกเคลื่อนต่ำลงมา หลัง ๖ สัปดาห์แล้วจึงจะทำงานได้เหมือนเดิม

๙. แนะนำการออกกำลังกาย เช่น ทำนอนหงายชัน เข่าค่อๆ ยกเท้าที่ละข้างขึ้นสลับไปมา จะช่วยให้อวัยวะต่างๆ กลับคืนสู่สภาพปกติเร็วขึ้น การไหลเวียนของเลือดดีช่วยให้ทรวดทรงสวยงาม

๑๐. แนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ควรทราบ และควรมาโรงพยาบาล เช่น น้ำ คาวปลา เป็นสีแดงตลอดไม่จางลง หรือ มีกลิ่นเหม็นเน่า มีไข้สูง ปวดมากหรือเป็นหนอง ปัสสาวะแสบขัดบ่อย อาจเกิดติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เต้านมอักเสบ บวมแดง กดเจ็บ หลังคลอด ๒ สัปดาห์แล้ว ยังคลำก้อนทางหน้าท้องได้

ด้านทารก

๑. แนะนำอาการผิดปกติของบุตร ที่ควรรับนำมาพบแพทย์ เช่น ร้องกวนบ่อยครั้ง ท้องอืดมากดูดกินไม่ดี สำรอก ถ่ายเหลว ตัวและตาเหลือง สะดือแฉะ มีกลิ่นเหม็น รอบ ๆ สะดือบวม แดง มีไข้ ชักเกร็ง ซึม ไม่ยอมดูดนม

๒. แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกวิธี อย่างน้อย ๖ เดือน เพื่อให้บุตรได้รับภูมิคุ้มกันโรคจากนมมารดาและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร

๓. แนะนำให้นำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคตามนัด หากไม่สามารถมาได้ในวันนี้ให้รีบมาเร็วที่สุดหลังจากวันนัดพร้อมแนะนำการศึกษาสมุดสีชมพูในการดูแลบุตร เช่น ระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การให้อาหาร

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑. มีผลงานวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน ๑ เรื่อง

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๒. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวนผู้รับบริการคลอดทั้งหมด ๒,๐๑๔ ราย จำนวนมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ๒๕ ราย แบ่งเป็นมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกมากกว่า ๒๕ ชั่วโมง จำนวน ๑๙ ราย และมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดมากกว่า ๑๘ ชั่วโมง จำนวน ๖ ราย มารดาทั้ง ๒ กลุ่ม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดทั้งมารดาและทารก เช่น ภาวะติดเชื้อ ภาวะสายสะดือ ย้อย ภาวะเสี่ยงหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑. ลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด

๒. ลดภาวะแทรกซ้อนของทารกที่มารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด

๓. อัตราตายของแม่ ร้อยละ ๐

๔. อัตราการติดเชื้อของมารดาและทารก ร้อยละ ๐

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องคลอดในการดูแลมารดาครรภ์เสี่ยงสูงทางสูติกรรม

๒. เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้าการพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด

๓. ผู้รับบริการและญาติได้รับการดูแลแบบองค์รวม

๔. พยาบาลห้องคลอดได้นำความรู้ตามทฤษฎี มาทบทวนกระบวนการดูแลคนไข้จริง เพื่อให้ได้มาตรฐานวิชาชีพ

๕. มารดาและทารกได้รับการพยาบาลอย่างครบถ้วน และได้มาตรฐานวิชาชีพ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่พูดคุย ให้กำลังใจ ชักถามสาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยมีการประสานทีมสหวิชาชีพในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน จำเป็นต้องเน้นในเรื่องของการปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการรับปรึกษาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ในการประเมินภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์มีหลายวิธีในการประเมิน หากมีน้ำเดินชัดเจน จากการสังเกตหรือประวัติน้ำเดินชัดเจน ไม่จำเป็นต้องตรวจสอบโดยวิธีอื่น อาศัยความรู้ความชำนาญ จากการสังเกตและการตรวจภายในที่มีประสิทธิภาพ หากผู้ตรวจภายในมีประสบการณ์น้อย หรือไม่แน่ใจการตรวจมารดาแรกรับ จำเป็นต้องให้มารดาต้องได้รับการตรวจสอบอีกครั้งจากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าในการตรวจประเมิน อาจทำให้มีการเพิ่มอัตราการติดเชื้อได้

๒. การดูแลมารดาหลังคลอดเมื่อกลับบ้าน ยังต้องอาศัยข้อมูลจากกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว เนื่องจากบุคลากรยังไม่เพียงพอ ที่จะออกตามเยี่ยมบ้านหลังคลอดกับทีมเยี่ยมบ้านได้ จึงแก้ปัญหาโดยการตรวจเยี่ยมอาการมารดาหลังคลอดทางโทรศัพท์ ในวันที่ ๗ , ๑๔ ละ ๓๐ หลังคลอด

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. พยาบาลควรมีการเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล มีการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล ร่วมกันเป็นทีมพยาบาลและหัวหน้างานก่อนให้การพยาบาล (mini conference) และมีการดูแลมารดาแต่ละ รายแบบองค์รวม

๒. มีการพัฒนาการกิจกรรมการพยาบาล การประเมินซ้ำ การสอนทักษะการพยาบาลจากพยาบาลอาวุโส ในหน่วยงาน

๓. มีการทบทวนกรณีศึกษาที่น่าสนใจทางสูติกรรมอย่างน้อย ๓ เดือนต่อ ๑ ครั้ง หรือมีการศึกษาร่วมกันเป็น ทีมในรายกรณีศึกษาที่พบได้ยากหรือเป็นกรณีศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงสูงทั้งมารดาและทารก

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน ผลงานวิชาการ การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ จำนวน ๑ เรื่อง

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน นางคณินนิตย์ รสจันทร์ สักส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)*คณินนิตย์ รสจันทร์*.....

(นางคณินนิตย์ รสจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *16* / *สิ.ค.* / *๒5๖๖*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางคณินันท์ รสจันทร์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาววัชรี บุตรศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 16 / 11 / 66

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ)

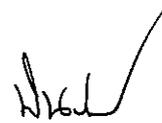
(นายทอง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) 21 / 11 / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้



(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๖

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
ระดับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

๑. เรื่อง พัฒนาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด

๒. หลักการและเหตุผล

มารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์นั้นถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ และภาวะดังกล่าวส่งผลให้มีการเจ็บครรภ์คลอดและการอักเสบติดเชื้อตามมาได้ ซึ่งสามารถส่งผล กระทบทั้งด้านมารดาและทารก เช่น ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก ภาวะสายสะดืออักเสบ รวมทั้งการติดเชื้อในทารก หากพบในมารดาที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนด ทารกที่คลอดออกมามีอัตราการตายเพิ่มขึ้น จากภาวะ Respiratory Distress Syndrome และ Intraventricular Hemorrhage ดังนั้น ในการให้การพยาบาลมารดาภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์นั้น ต้องเน้น ในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการคลอด ทารกแรกเกิดก็เช่นกันสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ช่วงคลอด หรือช่วงแรกคลอด เพราะฉะนั้นพยาบาลที่ดูแลให้การพยาบาลต้องอาศัยหลักเทคนิคการปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด และการติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงของทั้งมารดาและทารก ภาวะแทรกซ้อนด้านมารดา เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจการหดตัวของมดลูก การสังเกตลักษณะ จำนวนของน้ำคร่ำ ด้านทารก เช่น การตรวจฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารก เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

และในการให้การพยาบาลในแต่ละครั้ง การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้การพยาบาลควรตระหนักถึง เพื่อเป็นการดูแลทั้งมารดาและทารก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการคลอด ผลกระทบด้านมารดามีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

๑. Chorioamnionitis มีการอักเสบของเยื่อหุ้มเด็กหรือรก พบมารดามีไข้มากกว่า ๓๘ °C เพราะเชื้อจากเด็ก รก น้ำคร่ำ ให้ผลบวกถือว่าติดเชื้อแน่นอน

๒. Endometritis มารดามีไข้มากกว่า ๓๘ °C ใน ๒ ครั้งห่างกันอย่างน้อยทุก ๖ ชม. หลังคลอด ๒๔ ชั่วโมงแรก

๓. Amnionitis พบบ่อยในรายถุงน้ำคร่ำแตกก่อนในขณะที่ตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด โดยเฉพาะรายที่มีการคลอดยาวนานและในรายที่ผ้าห่อคลอดจะเกิด Amnionitis มากขึ้น

ผลกระทบด้านทารกที่มารดามีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

๑. การตายปริกำเนิด : ขึ้นกับอายุครรภ์เมื่อมีการแตกของถุงน้ำคร่ำเป็นสำคัญ ปัจจุบันนี้มีอัตราการตายปริกำเนิดลดลงกว่าแต่ก่อนมาก พบว่าทารกครบกำหนดที่ต้องคลอดเพราะปัญหา Premature Rupture of Membranes มีอัตราการตายต่ำกว่าทารกคลอดก่อนกำหนด

๒. การติดเชื้อของทารกในครรภ์ : ทารกแรกคลอด พบภาวะ Sepsis ในทารกแรกคลอดประมาณร้อยละ ๑ ในรายถุงน้ำคร่ำแตกนานเกิน > ๒๔ ชั่วโมงและขึ้นไปถึงร้อยละ ๑๐ ถ้ามีภาวะเยื่อหุ้มทารกติดเชื้ออักเสบร่วมด้วย การติดเชื้ออักเสบของเยื่อหุ้มทารกพบได้ประมาณร้อยละ ๑๐ ในรายถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดยาวนาน

๓. Perinatal Asphyxia : Premature Rupture of Membranes มีกลไกที่ทำให้เกิด Perinatal Asphyxia ได้หลายทาง เช่น จากภาวะน้ำคร่ำน้อยเกิดการกดสายสะดือ ทำทารกผิดปกติ ภาวะมีไข้ของมารดา ในบรรดาการตายของทารกคลอดก่อนกำหนดพบว่าร้อยละ ๔๔.๙ มีสาเหตุจาก Anoxia

๔. การเจริญเติบโตของทารก : ใน Premature Rupture of Membranes มีรายงานว่าอัตราการเจริญของ เส้นรอบศีรษะเป็นปกติ

๕. ความผิดปกติโดยกำเนิด : พบได้หลายชนิดซึ่งสัมพันธ์กับการมีน้ำคร่ำน้อยเป็นเวลานาน

- Pulmonary Hypoplasia เนื่องจากการขยายของปอดเป็นไปได้น้อย ไม่มีการไหลเวียนของน้ำคร่ำในทางเดินหายใจ ยิ่งอายุครรภ์น้อยยิ่งมีโอกาสเกิดสูงและสัมพันธ์โดยตรงกับปริมาณน้ำคร่ำที่เหลืออยู่

- มีการหดเกร็ง (Contracture) ของข้อต่อที่พัฒนาการตีมาก่อน ซึ่งเรียกว่า Arthrogyposis ซึ่งพบได้บ่อย

- Potter Syndrome : เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากทารกอยู่ในสภาพแออัดขยับตัวลำบาก เป็นเวลานาน มีลักษณะหดเกร็งผิดปกติรูปร่างของข้อต่อ ผิวหนังเหี่ยวยุบ หน้าตามีลักษณะจำเพาะ (Potter Facies) มีรอยย่นมากโดยเฉพาะใต้ตา หูติดต่ำ จมูกแบน

- Craniosynostosis : แต่จะหายภายหลังได้

- Amniotic Bands Syndrome : การฉีกขาดของ Amnion ทำให้เกิดเป็น Band ขึ้นและอาจไปรัดอวัยวะทารกบางส่วนจนแน่นหรือตัดขาดได้ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ที่หน้า หน้าอก หน้าท้อง แขนและขา

- Respiratory Distress Syndrom : พบได้บ่อยขึ้น คือประมาณร้อยละ ๑๐-๔๐

ของ Premature Rupture of Membranes ที่มีอายุครรภ์ < ๓๗ สัปดาห์ ยิ่งอายุครรภ์น้อยยิ่งเกิดมาก การให้กลูโคติคอยด์อาจมีประโยชน์ในการช่วยลดปัญหานี้โดยเฉพาะการให้ในรายที่อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๐-๓๒ สัปดาห์

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดก่อนเจ็บครรภ์คลอด ถือเป็นปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ เพราะมีความสัมพันธ์กับอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ จึงควรป้องกันการเกิดภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด ลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดได้ จะส่งผลต่อการลดอุบัติเหตุการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทำได้โดยการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และให้การดูแลรักษามารดาในกลุ่มนี้อย่างรวดเร็ว ได้มาตรฐาน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ ดังนั้นในการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดและทารกแรกเกิดในกลุ่มที่มารดามีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดจึงมีความสำคัญ และพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดอย่างใกล้ชิด จึงมีความสำคัญในการดูแลและประเมินทารกกลุ่มนี้ จึงมีความจำเป็นที่จำต้องมีความรู้ความสามารถ ทั้งทักษะทางวิชาการ ประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด และการแก้ไขภาวะวิกฤติที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ พยาบาลห้องคลอดที่ดูแลมารดาและทารกแรกเกิดจึงต้องหมั่นทบทวนความรู้ทางวิชาการ รวมไปถึงข้อมูลข่าวสารที่ใหม่และอัปเดต เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในงานประจำ เพื่อให้มารดาและทารกแรกเกิดได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องตามมาตรฐานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มารดามีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น การติดเชื้อถุงน้ำคร่ำในโพรงมดลูก , การคลอดก่อนกำหนด , ภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิด ภาวะพร่องออกซิเจนแบบรุนแรง พยาบาลห้องคลอดที่ดูแลทารกที่มารดามีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดมีความมั่นใจในการให้การพยาบาลและสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ต่อมารดาและทารก

๑. มารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด สามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว

๒. หากมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น ภาวะสายสะดือข้อย้อย ทารกสามารถได้รับการช่วยเหลือได้อย่างทัน
ถ่วงที และมีการเตรียมความพร้อมในทุกด้าน เช่น บุคลากร ระบบการติดต่อ กุมารแพทย์ อุปกรณ์
ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่ได้มาตรฐาน

ต่อคุณภาพการพยาบาล

๑. พยาบาลห้องคลอดได้มีการทบทวนองค์ความรู้ควบคู่กับการปฏิบัติงานจริง ได้นำสิ่งภาคทฤษฎีและ
ภาคปฏิบัติมาใช้อย่างถูกต้องและครบถ้วน
๒. มีแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ที่ชัดเจนและมีมาตรฐาน
๓. พยาบาลห้องคลอดได้ทบทวนกระบวนการพยาบาล และมีการประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลเพื่อ
พัฒนาศักยภาพของตนเอง
๔. พยาบาลห้องคลอดมีความตระหนัก ในการดูแลมารดาและทารก ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม
ด้วยความมั่นใจและถูกต้องตามหลักมาตรฐานวิชาชีพ
๕. มีแนวทางการดูแลทารกที่ได้มาตรฐาน และเพื่อตรวจสอบอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมถึงกิจกรรมการ
พยาบาลที่เกี่ยวข้อง และได้บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร
๖. จัดทำเอกสารแผ่นพับ ให้มารดาและญาติที่มาโรงเรียนพ่อแม่ระยะที่ ๒ เพื่อทบทวนความรู้ อาการ
อาการแสดงที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด
๗. แนะนำแนวทางติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ห้องคลอด หากมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจ โดยให้มารดาและ
ญาติสามารถโทรมาเบอร์สายตรงห้องคลอดได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑-๗๒๕๗๗๓๓

(ลงชื่อ) *ศศิณิศจิ รสจันทร์*

(นางคนึงนิตย์ รสจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *16* / *พ.ค.* / *2566*

ผู้ขอประเมิน

- 5.4.2 ประเมินปัญหา วางแผน และให้การพยาบาลผู้รับบริการตามสภาพปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง
- 5.4.3 ร่วมกับแพทย์และภาคีเครือข่ายในการให้การรักษายาบาล วางแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล
- 5.4.4 การสอน แนะนำ/ให้คำปรึกษา เบื้องต้นแก่ผู้รับบริการและครอบครัวชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้บุคคลหรือหน่วยงานดังกล่าวทราบถึงวิธีปฏิบัติตน และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้
- 5.4.5 ร่วมวางแผนการทำงานกับชุมชนในการจัดการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง และทราบถึงการดูแลตนเองและบุคคลรอบข้างอย่างถูกต้องเหมาะสม
- 5.4.6 ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานในการให้การพยาบาลโดยตรง/โดยอ้อม แก่ผู้ใช้บริการ ครอบครัว กลุ่มคน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมปลอดภัย
- 5.4.7 ให้การต้อนรับ ทักทายผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจเมื่อมารับบริการและเยี่ยมที่บ้าน แนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบของสถานพยาบาล

5.5 ด้านวิชาการ

- 5.5.1 มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการสอน สื่อให้ความรู้แก่ผู้มารับในหน่วยงานบริการ เช่น แผ่นพับต่างๆ ในหน่วยงาน
- 5.5.2 ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยทางการพยาบาลและนำผลวิจัยมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน
- 5.5.3 ศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ และเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการ ปฏิบัติการพยาบาลในด้านต่างๆ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับโรคต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้มารับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 11 วัน (ระหว่างวันที่ 21 มิถุนายน ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2565)
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1 ความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency)

ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง คือตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอทขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) หรือ 110 มิลลิเมตรปรอท ขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) ซึ่งที่ระดับความดันโลหิตดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงระดับนี้อาจไม่มีอาการ หรือมีอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะมากกว่าปกติ แต่ยังไม่พบผลเสียต่ออวัยวะสำคัญ (Target organ damage) เช่น หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ไต ตา ซึ่งแตกต่างจากภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (Hypertensive emergency) เป็นภาวะที่มีความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงและมีอวัยวะตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไปถูกทำลาย (Target organ damage) เช่น โรคสมองจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive encephalopathy)

สาเหตุ

ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่คาดว่าจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจจะส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พันธุกรรม ความอ้วน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเค็มจัด หรืออาหารไขมันสูง ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด และประมาณร้อยละ 10 พบว่า มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจากพยาธิสภาพที่ไตและต่อมหมวกไต ความผิดปกติของฮอร์โมน และต่อมไร้ท่อบางประเภท ภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือการบาดเจ็บที่ศีรษะ

อาการและอาการแสดง

จะพบผู้ป่วยได้ทั้งที่ไม่มีอาการแสดงและมีอาการแสดง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน วิดุกังวล หายใจถี่ เจ็บบริเวณหน้าอก ภาวะนี้ต้องรักษาโดยลดความดันโลหิตลงภายในระยะเวลาที่รวดเร็ว เพื่อป้องกันไม่ให้อัตราความดันโลหิตสูงรุนแรง กระทบส่งผลเสียอวัยวะสำคัญ

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน แบ่งระดับได้ ดังนี้
ตารางที่ 1 การแบ่งชนิดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การแปลผล	Systolic pressure	Diastolic pressure
ความดันโลหิตปกติ	น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท	น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
ความดันโลหิตสูงน้อย	140-160 มิลลิเมตรปรอท	90-95 มิลลิเมตรปรอท
ความดันโลหิตสูงก้ำกึ่ง	160-180 มิลลิเมตรปรอท	90-105 มิลลิเมตรปรอท
ความดันโลหิตสูงมากและรุนแรง	มากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท	มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

แบ่งเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ (1) การรักษาภาวะเร่งด่วน ให้ระดับความดันโลหิตลดลงมาในเกณฑ์ที่ยอมรับได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการใช้ยาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อพ้นภาวะวิกฤติแล้ว จะต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ (2) รักษาอาการต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้วยการใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารลดเค็มและลดไขมัน การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย รวมถึงการมารับการตรวจติดตามอาการตามนัด

การพยาบาล

ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน (Hypertension urgencies) ดังนี้

- ให้ผู้ป่วย Absolute bed rest งดกิจกรรมทุกชนิด งดการรบกวน ให้นอนพัก
 - ให้ออกซิเจน โดยพิจารณาตามความเหมาะสม
 - ให้รับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการแพ้ยา ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หรือมีผื่นตามร่างกาย และผลข้างเคียงของยา เช่น อาการหน้ามืด ใจสั่น หมดสติ ระดับสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงทันที
 - เจาะเลือด เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา ได้แก่ Complete blood count Blood urea nitrogen Creatinine Urine analysis ส่งตรวจภาพรังสีทรวงอก
 - ประเมินสัญญาณชีพหลังรับประทานยาลดความดันโลหิตทุก 15 นาที อย่างน้อย 4 ครั้ง ตามแผนการรักษา ติดตามประเมินอาการและอาการแสดง
 - บันทึกและติดตามปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย (Intake/output) ทุก 4 ชั่วโมง
 - ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์อย่างต่อเนื่อง
 - ให้กำลังใจและให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความกังวล
 - ให้คำแนะนำผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลทันที เช่น อาเจียนพุ่ง เลือดกำเดาไหล แขนขาอ่อนแรง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ใจสั่น
 - ประเมินผลการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินระดับความวิตกกังวล ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน
ให้คำแนะนำการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและ ญาติเมื่อจบการรักษา
- กิจกรรมการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตเรื้อรัง
- สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ
 - ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การตรวจระบบประสาท ประเมินการรับประทานอาหาร ชนิดและปริมาณอาหารในแต่ละวัน กิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ
สังคมและจิตวิญญาณและสภาวะแวดล้อมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์ และสังเกต ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
ประเมินความรู้เรื่องโรคความดัน โลหิตสูงและภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันด้วยการสัมภาษณ์
 - ประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะให้ได้อย่างต่อเนื่อง
 - ให้คำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันโดย ประเมินจากการสัมภาษณ์ก่อนให้ความรู้

- สอนทักษะการเลือกรับประทานอาหารลดเค็ม และลดไขมัน ทักษะการออกกำลังกายที่เหมาะสม - ให้โอกาสซักถาม และตอบคำถามให้เกิดความชัดเจน ถูกต้อง ให้กำลังใจ และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- รวบรวมและบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านอย่างครอบคลุม เป็นระบบ สอดคล้องและต่อเนื่อง ประเมินผลการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ และทบทวนข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ทบทวนการวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- ติดต่อและประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อคงไว้ซึ่งความร่วมมือสำหรับการดูแลผู้รับบริการจากทุกฝ่าย

ความรู้ทางเภสัชวิทยา ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่

ยา Captopril (25 mg.)

การออกฤทธิ์ของยา

ยาออกฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของ Angiotensin Converting Enzyme (ACE) โดยทำให้การสร้าง Angiotensin II ถูกยับยั้ง ส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดลง นอกจากนั้น เนื่องจาก ACE เป็นเอนไซม์ตัวเดียวกันกับที่ใช้ในการทำลาย bradykinin ดังนั้น ยาในกลุ่ม ACEI จึงมีผลลดการทำลาย bradykinin อีกด้วยซึ่งผลดังกล่าวจะเสริมฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตมากยิ่งขึ้น เพราะ bradykinin เป็นสารเคมีที่มีฤทธิ์แรงในการทำให้หลอดเลือดขยายตัว และ bradykinin ยังมีผลกระตุ้นที่ β_2 -adrenergic receptor ที่ endothelium ทำให้เพิ่มการสร้าง nitric oxide และ prostacyclin (PGI₂) ซึ่งสารทั้งสองมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ยิ่งไปกว่านั้นการยับยั้ง ACE ยังมีผลลดการทำลายของ prostaglandin E₂ (PGE₂) ที่มีฤทธิ์ในการขยายตัวของหลอดเลือดเช่นเดียวกัน ดังนั้นการที่ยาในกลุ่ม ACEIs สามารถยับยั้งการสร้าง Angiotensin II, ลดการทำลาย bradykinin และเพิ่มปริมาณของ prostaglandin E₂, prostacyclin และ nitric oxide ได้จึงส่งผลทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดและลดการหลั่ง aldosterone ซึ่งผลโดยรวมคือทำให้ความดันโลหิตลดลง

ข้อห้ามในการใช้ (Contraindications)

- ไตวายรุนแรง
- คนที่มีระดับโพตัสเซียมในเลือดสูง
- โรคเส้นเลือดแดงที่ไตตีบทั้งสองข้าง
- โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติคตีบรุนแรง หรือ โรคหัวใจโตชนิด hypertrophic obstructive cardiomyopathy
- ไม่ควรใช้ในผู้ที่ตั้งครรภ์เพราะอาจทำให้ทารกพิการได้

ข้อควรระวัง (Warnings/precautions)

- อาจทำให้เกิดภาวะไตวายได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตมาก่อน หรือมีภาวะขาดน้ำ, หัวใจล้มเหลว

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- ที่พบบ่อยมาก คืออาการไอ บางครั้งอาจมีอาการไออยู่นานถึง 3 สัปดาห์หลังหยุดยา
- ความดันโลหิตต่ำ อาจทำให้มีอาการหน้ามืดได้
- อาจมีอาการปวดท้อง, คลื่นไส้อาเจียน, ท้องผูก
- อาจมีอาการปวดศีรษะ, เวียนหน้า, อ่อนเพลียได้

ยา Ibuprofen (400 mg.)

การออกฤทธิ์ของยา

การอักเสบเกิดจากกลไกการทำงานของเอนไซม์ Cyclooxygenase (COX) ซึ่งมีอยู่ 2 ชนิด โดยเอนไซม์ตัวนี้จะเข้าไปเปลี่ยน Arachidonic Acid ซึ่งเป็นกรดไขมันที่มีประโยชน์ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้กลายเป็นสาร Prostaglandins ตัวการที่เข้าไปกระตุ้นหน่วยรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้น เป็นที่มาของอาการปวดและอักเสบ

Ibuprofen ซึ่งเป็นยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่กลุ่มสเตียรอยด์จะเข้าไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Cyclooxygenase ทั้งชนิด COX-I และ COX-II และยังช่วยลดการสังเคราะห์ Prostaglandins ในร่างกายให้ลดน้อยลง ทำให้ร่างกายได้รับการบรรเทาอาการปวดและอักเสบจนกลับสู่ภาวะปกติได้ข

ข้อควรระวัง (Warnings/precautions)

- ผู้ป่วยที่เป็นโรคกระเพาะอาหาร
- มีประวัติหอบหืด
- โรคหัวใจ
- โรคความดันโลหิตสูง
- ผู้แพ้ยาแอสไพริน
- แพ้ยาในกลุ่ม NSAIDs ทั้งหมด

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ยาไอบูโพรเฟน อาจมีผลต่อกระเพาะอาหารและระบบทางเดินอาหารได้ จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวัง

ในการรับประทานขนาดต่ำ ๆ มีผลระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้และสามารถทำให้ระบบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติได้ จึงไม่แนะนำให้ใช้ยากับผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหารลำไส้ หรือระบบหัวใจ

ผลอันไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ของยาไอบูโพรเฟน เช่น คลื่นไส้ ท้องเสีย เลือดออกในทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ ง่วงนอน เกิดผื่นคันทางผิวหนัง และหอบหืด

ยา Dimenhydrinate (50 mg.)

การออกฤทธิ์ของยา

เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจนทำให้เกิดอาการบ้านหมุน คลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากกลไกที่ร่างกายมีการส่งสัญญาณประสาทไปที่ศูนย์ควบคุมการทรงตัว (Vestibular system) ส่งสัญญาณประสาทไปยังศูนย์อาเจียน (Vomiting center) เป็นที่มาของอาการเมาเรือ และวิงเวียนศีรษะ ส่วนอาการแพ้ที่เกิดจากสารก่อภูมิแพ้ต่างๆ เกิดจากร่างกายหลั่งสารฮิสตามีนออกมา แต่เมื่อเรารับประทานยา Dimenhydrinate เข้าไป ตัวยาจะไปยับยั้งตัวรับสัญญาณของกลไกต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ลดอาการแพ้ และอาการเมาเรือได้

ข้อควรระวัง (Warnings/precautions)

ผู้ที่สามารถใช้ยา Dimenhydrinate ได้

- ผู้ใหญ่ (ใช้เวลามีอาการเท่านั้น)
- หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแพ้ท้อง (ใช้เวลามีอาการเท่านั้น)

ผู้ที่ไม่ควรใช้ยา Dimenhydrinate

- เด็ก (อายุต่ำกว่า 2 ปี) โดยเฉพาะวัยที่ยังไม่สามารถกำจัดเสมหะจากคอได้ด้วยตนเองเนื่องจาก Dimenhydrinate มีฤทธิ์ทำให้น้ำมูกข้นเหนียว อาจเกิดการอุดตันทางเดินหายใจได้
- การใช้ยานี้ในเด็กเล็กอาจทำให้เกิดการตื่นตัวแทนที่จะง่วงซึมได้
- ผู้สูงอายุ เพราะ Dimenhydrinate หากใช้ระยะยาวจะกระตุ้นให้เกิดความจำเสื่อมได้ และอาจทำให้หกล้มกระตุกหักได้ รวมถึงอาการท้องผูก สับสน ปัสสาวะไม่ออก
- ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่อมลูกหมากโต เมื่อใช้ Dimenhydrinate อาจจะทำให้ปัสสาวะไม่ออก
- ผู้ที่เป็นโรคต้อหินมุมปิด (Narrow-angle glaucoma) การใช้ไดเมนไฮดริเนตอาจทำให้อาการกำเริบ
- ผู้ที่มีประวัติโรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง
- ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับหัวใจ ตับ ความดันโลหิตสูง มีภาวะชัก หรือเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ไทรอยด์เป็นพิษ ปัสสาวะขัด ให้แจ้งแพทย์หรือเภสัชกรก่อนทุกครั้ง
- ผู้ที่ทำงานกับเครื่องจักร ทำงานบนที่สูง หรือการขับขี่ยานพาหนะ เพราะ Dimenhydrinate จะทำให้ง่วงซึมหลังรับประทาน
- หญิงที่ให้นมบุตรห้ามใช้ยา Dimenhydrinate เพราะยาจะผ่านไปสู่ทารกทางน้ำนมได้
- ห้ามรับประทานร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- ง่วงซึม มีนงง
- ปวดศีรษะ
- ปาก คอ ช่องจมูกแห้ง
- ปัสสาวะไม่ออก
- ท้องผูก
- ตาพร่า
- หัวใจเต้นเร็ว
- ระคายเคืองกระเพาะอาหาร
- นอนไม่หลับ

ยา Enaril (5 mg.)

การออกฤทธิ์ของยา

ยาอีนาลาพริลมีกลไกการออกฤทธิ์ โดยตัวยาคะยับยั้งการทำงานของ Angiotensin converting enzyme (เอนไซม์ควบคุมการบีบตัวของหลอดเลือดแดง) ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถเปลี่ยนสารตั้งต้นที่ควบคุมการบีบตัวของหลอดเลือดแดง (Angiotensin I) ไปเป็นสาร Angiotensin II ที่ควบคุมการบีบตัวของหลอดเลือดแดงได้ ด้วยกลไกนี้จึงลดภาวะการหดตัว/บีบตัวของหลอดเลือดแดง และส่งผลให้ลดความดันโลหิตของร่างกายในที่สุด

ข้อควรระวัง (Warnings/precautions)

- ห้ามใช้ยานี้กับผู้ป่วยแพ้ยาอีนาลาพริล
- ห้ามใช้ยานี้กับหญิงตั้งครรภ์เพราะยานี้อาจส่งผลให้ทารกเกิดความพิการแต่กำเนิดได้ และกับหญิงที่อยู่ในภาวะให้นมบุตรเพราะยานี้ผ่านเข้าสู่น้ำนมได้
- หลีกเลี่ยงอาหารเค็มหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้วยจะส่งผลให้การออกฤทธิ์ของอีนาลาพริลลดน้อยลง
- หากมีอาการวิงเวียนหลังรับประทานยานี้ ควรหลีกเลี่ยงการขับรถยนต์หรืองานที่ต้องปฏิบัติเกี่ยวกับเครื่องจักร เพราะอาการดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- มีอาการวิงเวียน ขณะนั่งหรือนอนเมื่อใช้ยาในช่วงแรก อาจหลีกเลี่ยงอาการวิงเวียนในระยะเริ่มต้นโดยรับประทานยาในช่วงเวลาก่อนนอน
- นอกจากนี้ยังพบอาการไอแห้งๆ และมักทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดคิดว่าเป็นโรคหวัดหรือมีโรคอื่นแทรกซ้อน หากอาการไอไม่ดีขึ้น ควรขอคำแนะนำจากแพทย์ช่วยเปลี่ยนยา

- นอกจากนี้ อาการข้างเคียงอื่นๆที่อาจพบได้จากยาอื่นาลาพริล เช่น อาการผื่นคัน คลื่นไส้ ปวดศีรษะและรู้สึกเหนื่อยล้า

ยา Amlodipine (10 mg.)

การออกฤทธิ์ของยา

ยา Amlodipine อยู่ในกลุ่มยาแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ (Calcium Channel Blocker) ที่มีบทบาทในการยับยั้งไม่ให้แคลเซียมเข้าไปในเนื้อเยื่อและในหลอดเลือดแดง หลอดเลือดแดงจึงคลายตัวทำให้เลือดไหลเวียนสะดวก ความดันโลหิตจึงลดต่ำลงและช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถบรรเทาอาการแน่นอกในผู้ป่วยที่มีอาการหลอดเลือดแดงตีบ การกินยา Amlodipine จะมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์เต็มที่ประมาณ 2 สัปดาห์ หากมีการปรับยาควรรอหลังครบ 2 สัปดาห์

ข้อควรระวัง (Warnings/precautions)

- ผู้ที่มีอาการแพ้ยา Amlodipine หรือยาในกลุ่มแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์อื่นๆ เช่น Nisoldipine, Nifedipine ควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบก่อนทุกครั้ง
- ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการทานยา Amlodipine เพราะจะทำให้มีอาการวิงเวียนศีรษะรุนแรงขึ้น
- หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตร ต้องปรึกษาแพทย์ก่อนการใช้อย่า Amlodipine ทุกครั้ง
- ผู้ที่ไม่ควรใช้ยา
 - ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับตับ : เนื่องจากตับมีหน้าที่ขับสารพิษและยาต่างๆ หากตับผู้ป่วยมีปัญหาจะส่งผลให้ยา Amlodipine ตกค้างในร่างกาย ฉะนั้นแพทย์จึงต้องจ่ายยาให้ในปริมาณที่ลดลง
 - ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ : ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบ เพราะยา Amlodipine จะส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำ เจ็บหน้าอก หรือหัวใจวายได้
 - เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- เกิดอาการบวมที่ขาหรือข้อเท้า
- รู้สึกร้อนๆ ที่ใบหน้า
- เหนื่อยล้า หรือง่วงซึม
- ปวดท้อง
- ท้องร่วง
- คลื่นไส้
- วิงเวียนศีรษะ

- กล้ามเนื้ออ่อนแรง
- อัตราการเต้นหัวใจผิดปกติ
- ผม่วาง

ยา Paracetamol (500 mg.)

การออกฤทธิ์ของยา

การออกฤทธิ์ของยาพาราเซตามอลจะเข้าไปยับยั้งสารเคมีในสมอง เช่น สารพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด และทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลงได้ด้วยการยับยั้งสารในสมอง ส่วนที่มีหน้าที่ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ซึ่งยาพาราเซตามอลจะออกฤทธิ์ภายใน 30 นาทีโดยประมาณหลังจากรับประทาน และออกฤทธิ์ต่อเนื่องได้นาน 4-6 ชั่วโมง

ข้อควรระวัง (Warnings/precautions)

- ผู้ที่สามารถใช้ยา Paracetamol ได้
 - ยาพาราเซตามอลใช้ได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยขนาดของยาที่ใช้ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัว
 - หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
 - ผู้ที่มีไข้ ตัวร้อน ปวดหัว ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดฟัน ปวดข้อ
- ผู้ที่ไม่ควรใช้ยา Paracetamol
 - ผู้ที่มีโรคเกี่ยวกับตับ หรือมีปัญหาการทำงานของตับผิดปกติ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนการใช้ยา
 - ผู้ที่มีโรคเกี่ยวกับไต หรือผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนการใช้ยา
 - ผู้ที่มีภาวะของโรคพร่องเอนไซม์จีซีพีดี (G6PD) รับประทานพาราเซตามอลได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกร
 - ผู้ที่แพ้ยาพาราเซตามอล หรืออะเซตามิโนเฟน โดยเมื่อทานแล้วมีอาการแพ้ เช่น มีผื่นขึ้น แขนงหน้าอก
 - ผู้ที่กำลังทานยารักษาโรคลมชัก
 - ผู้ที่กำลังทานยารักษาวัณโรค
 - ผู้ที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มากๆ
- หากกำลังทานยาพาราเซตามอล ให้ระวังการทานยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอ หรือยาแก้ไข้ตัวอื่นๆ เพราะอาจมีส่วนผสมของตัวยาเดียวกัน อาจทำให้ปริมาณยาพาราเซตามอลในร่างกายสูงเกินขนาด และอาจเกิดอันตรายกับตับ
- ห้ามรับประทานยาพาราเซตามอลเกินปริมาณที่กำหนด คือ 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ยาพาราเซตามอลมีผลข้างเคียงค่อนข้างน้อยและพบไม่บ่อยนัก การทานยาพาราเซตามอลนานๆ อาจจะส่งผลต่อตับและไต โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะการทำงานของตับและไตผิดปกติอยู่แล้ว ส่วนผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาเกินขนาด เช่น

- คลื่นไส้ อาเจียน
- มีอาการเหงื่อออก
- เบื่ออาหาร
- ทำให้เกิดการบาดเจ็บในตับ
- เกิดอาการสมองเสื่อมจากโรคตับได้

การใช้ยาพาราเซตามอลอาจมีอาการแพ้ยา เช่น

- อาการหายใจไม่ออก
- แขนงหน้าออก
- มีผื่นขึ้น
- มีอาการบวมที่ใบหน้า บริเวณเปลือกตา ริมฝีปาก หรือเกิดลมพิษได้

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

ภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ถือเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาต เป็นอัมพาตถึงชีวิต หรือก่อให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ต้องมีระดับความดันซิสโตลิก มากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิก มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่มีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย แต่เป็นภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่จำเป็นต้องให้การรักษาและการพยาบาลเพื่อลดอันตราย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันจากเวชระเบียนผู้ป่วย ตำราและเอกสารทางวิชาการ
ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเพื่อประกอบการเลือกจัดทำกรณีศึกษา
2. กรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2565 เวลา 15.29 น. มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะปวดตามร่างกาย ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 30 นาที สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 200/120 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) จึงรับรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล ขณะนอนรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล ได้รับยาลดความดันโลหิตสูงชนิดรับประทาน ยาแก้อาการปวดชนิดรับประทาน และยาแก้วิงเวียนศีรษะชนิดรับประทาน ให้นอนพักบนเตียงและงดกิจกรรม ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ 1 ชั่วโมง

ภายหลังพัก ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท ซีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ต้องการคำแนะนำและติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทุกระบบ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงซักประวัติ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว
 4. วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล นำข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย มาวิเคราะห์และสรุปปัญหาเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขตามความจำเป็น วางแผนการพยาบาล กำหนด เป้าหมาย กิจกรรมการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล เตรียมทีมจัดเตรียมกระเปาะเย็บบ้าน เครื่องวัดความดัน โลหิต และอุปกรณ์ที่จำเป็นอื่นๆ
 5. ปฏิบัติการพยาบาล ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางแผนไว้ ประเมินผลการพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลครั้งต่อไป จนครอบคลุมทุกปัญหา และให้ คำแนะนำการปฏิบัติตัว และส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
 6. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำเสนอตามลำดับ
5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) จำนวน 1 ราย

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

จากกรณีศึกษาทำให้เกิดแนวทางการให้การพยาบาล แผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การวางแผนการพยาบาลตรงตามสาเหตุของปัญหาและมีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถช่วยผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดความรุนแรงของโรค ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาและมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและนำแนวทางมาปรับใช้ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน สำหรับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและเป็นการพัฒนาตนเอง

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากในการพยาบาลกรณีศึกษารายนี้ คือ การสร้างความตระหนัก ให้เห็นความสำคัญถึงอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร Dietary approaches to stop hypertension (DASH) เนื่องจากกรณีศึกษารายนี้ มีรูปร่างท้วม ชอบรับประทานอาหารรสจัดและหวานมัน มีวิถีการดำเนินชีวิต คือ เป็นแม่บ้าน ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ไม่เคย

ออกกำลังกาย ไม่มีโรคประจำตัว มีมารดาป่วยเป็นโรคเบาหวานและบิดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันมารดาและบิดาเสียชีวิตแล้ว แต่ผู้ป่วยไม่คิดว่าจะมีอันตรายร้ายแรงต่อร่างกาย จึงไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง การปรับพฤติกรรมจากเดิมที่ผู้ป่วยไม่เคยออกกำลังกาย ไม่จำกัดอาหารหวานเค็มอาหารไขมันสูง จึงต้องสอน แนะนำ และย้ำเตือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความตระหนักและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษากรณีอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้การไปเยี่ยมบ้านกรณีศึกษาเป็นไปได้ยาก หากมีการไปเยี่ยมบ้าน อาจมีการสวมใส่อุปกรณ์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

9. ข้อเสนอแนะ

- มีการแจกแผ่นพับความรู้โรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยและญาติขณะติดตามเยี่ยมบ้าน
- ให้คำแนะนำญาติเพิ่มเติมในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

10. การเผยแพร่ผลงาน ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ไม่มี

- 1) นายธีรพล เบี้ยกลาง สัดส่วนของผลงาน 100%
- 2)สัดส่วนของผลงาน.....
- 3)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ธีรพล เบี้ยกลาง

(นายธีรพล เบี้ยกลาง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

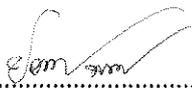
(วันที่) 09 มีค 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายธีรพล เบี้ยกลาง	ธีรพล เบี้ยกลาง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปิยะพร พุ่มแก้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

10 พ.ค. 2566

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสิทธิพงษ์ อุ๋นทอง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม

11 พ.ค. 2566

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้



(นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๖

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านและแผนพบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

2. หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลก 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 คน ในประชากร 3 คน ปี 2564 พบว่ามีผู้ป่วย หรือผู้ป่วยรายใหม่ 11,167,309 คน และในจำนวนนี้พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองร้อยละ 4.4 หลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 8.0 หลอดเลือดไต ร้อยละ 14.0 โรงพยาบาลเชิงเจียม พ.ศ.2562-2564 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 46, 48, 78 ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือด ไต หัวใจ คิดเป็นร้อยละ 18, 22, 34 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาและดูแลไปตลอดชีวิต จากข้อมูลจะพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยต้องเข้าออกระหว่างบ้านและโรงพยาบาลเป็นประจำ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมา ผู้ป่วยและญาติสูญเสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาตนเอง เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเอง ลดเวลา และลดค่าใช้จ่าย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่บ้าน จึงเป็นการพยาบาลที่จำเป็นและสำคัญ จะต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้อง พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ควรมีแนวทางในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ควรมีความเฉพาะ และเป็นแนวทางเดียวกันอยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ แต่ในปัจจุบันพบว่า กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วมใช้แผนการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทั่วไป ทางผู้จัดทำจึงได้แนวคิดในการจัดทำแผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านและแผนพบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและป้องกันอันตรายจากความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วมมีแผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน
3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ

จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem self-care model) กล่าวว่า เมื่อไหร่ก็ตามที่บุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามความต้องการของตน ถือว่าบุคคลนั้นมีความพร่องในการดูแลตนเองและในภาวะเจ็บป่วยบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองจะต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแล ซึ่งระบบการพยาบาลที่ใช้ขึ้นกับระดับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน พยาบาลเป็นผู้ที่ประเมินความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยตามแนวทฤษฎีการดูแลตนเอง

ของโอเร็ม และเลือกใช้ระบบการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยรายนั้นๆ ซึ่งกระบวนการพยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามปัญหาและระดับความสามารถในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายนี้ ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้ โดยยึดหลักของการวางแผนจำหน่าย METHOD ดังนี้

M = Medication ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ชื่อยา การออกฤทธิ์ของยา วิธีการใช้ ขนาด จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียง ข้อห้ามสำหรับการใช้ยา และการเก็บรักษา

E = Environment & Economic ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติ เห็นความสำคัญของการใช้สถานบริการสุขภาพในชุมชน

T = Treatment แนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้เข้าใจเป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

H = Health ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัดในการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ

O = Outpatient referral ชี้แจงให้ผู้ป่วย/ญาติตระหนัก/เข้าใจถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด

D = Diet ให้ความรู้เรื่องอาหาร Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นำเสนอแนวคิดและขอความร่วมมือและขออนุญาตในการดำเนินการในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรวม
2. ศึกษาค้นคว้าตำราวิชาการเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร วารสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง
3. จัดทำแผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านและแผนพักการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน ดังนี้
 - 3.1 แผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายเกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการประเมิน HT1
 - 3.2 แผนพักการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน วิธีการดูแลตนเอง และการป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน
 - 3.3 แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน
4. นำแผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน แผนพักการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน และแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วนที่สร้างขึ้น เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ

5. นำแผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน แผ่นพับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน และแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน ทำความเข้าใจกับบุคลากรในหน่วยงานถึงกระบวนการดำเนินงานตามแผนการเยี่ยมบ้าน การใช้แผ่นพับและประเมินความรู้ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วนที่สร้างขึ้น
 6. นำแผ่นพับที่จัดทำแจกให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวขณะติดตามเยี่ยมที่บ้าน
 7. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวหลังได้รับคำแนะนำ โดยใช้แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน ให้คำแนะนำซ้ำในกรณีที่ตอบคำถามไม่ถูกต้อง ติดตามประเมินผลซ้ำ ขณะติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป
 8. เก็บรวบรวมข้อมูลทุก 3 เดือน
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Hypertensive urgency) ได้รับการรักษาเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่และครอบครัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม
 3. ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Hypertensive urgency)
5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านและแผนการรักษาที่ชัดเจน ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100
2. ครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการมากกว่าร้อยละ 90

ต่อคุณภาพการพยาบาล

1. พยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ 90
2. ทีมการพยาบาลและภาคีเครือข่ายสามารถพัฒนาความรู้ ความชำนาญ ในการดูแลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 90

(ลงชื่อ) รัศมิ์ วัฒนวง

(นายธีรพล เบี้ยกลาง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 09 พ.ค. 2568

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ๒๔ ชั่วโมงแรก : กรณีศึกษา ๒๕๖๖

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ เม.ย.๒๕๖๖- ๓๐ เม.ย. ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ด้านความรู้

๑. มีความรู้ในการใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลองค์รวมเพื่อวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วย
ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ

๒. มีความรู้ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ให้สามารถกลับมาดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องของผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัด

๓. มีความรู้ในการคัดกรอง การประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ การวิเคราะห์
ปัญหาและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

๔. มีความรู้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล จำแนกความรุนแรงของปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

๕. มีความรู้ในการวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลที่ใช้ประสบการณ์และความชำนาญสูงในการให้
การบริการ

ด้านความสามารถ

๑. มีความรู้ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด ๒๔ ชั่วโมงแรก

๒. มีความสามารถในการกำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมงาน และติดตามประเมินผลเพื่อ
พัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้กับผู้ป่วยตลอดเวลา

๓. มีความสามารถในการวางแผน ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน แผนบริหารจัดการและพัฒนา
คุณภาพของงานที่มีความยากโดยต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญสูงในการ
วิเคราะห์ ตัดสินใจกำหนดแนวทางแก้ปัญหา พัฒนา เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

๔. มีความสามารถในการร่วมวางแผนบริหารอัตรากำลัง พัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน และแผนการศึกษา
ผู้وبرมหลักสูตรเฉพาะสาขาต่าง ๆ ตามภารกิจของหน่วยงาน

๕. มีความสามารถในการร่วมวางแผนนิเทศแก่บุคลากรพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งใน
และ นอกหน่วยงาน โดยต้องใช้ความรู้และประสบการณ์และความชำนาญสูง ในการเชื่อมโยงมาตรฐานที่
เกี่ยวข้องในการนิเทศงาน เพื่อพัฒนาการปฏิบัติ และระบบบริการพยาบาลในหน่วยงาน และเครือข่ายให้มี
คุณภาพ

๖. มีความสามารถในการร่วมกับหัวหน้างาน หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนบริหารจัดการ
ระบบวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และเครื่องมือพิเศษเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ เจ็บป่วย
ซับซ้อน ตามขอบเขตงานที่รับมอบหมาย เพื่อให้ระบบเครื่องมือมีคุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้ และคุ้มค่าคุ้มทุน

๗. มีความสามารถในการวางแผนร่วมกับหัวหน้างานในการดำเนินการประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนงาน
โครงการงานที่ได้รับมอบหมายในหน่วยงาน

๘. มีความสามารถในการสอน แนะนำ พยาบาลผู้ปฏิบัติในการวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติงาน และวางแผน
แก้ปัญหา แผนงาน โครงการเพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติงานในหน่วยงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านความรู้ (ต่อ)
ด้านทักษะความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่จำเป็น

๑. มีความเชี่ยวชาญในการประสานการทำงาน ชี้แจงให้รายละเอียดข้อมูล แนวทางปฏิบัติ ข้อเท็จจริงที่มีรายละเอียดยาก เพื่อความเข้าใจ สร้างความร่วมมือกับผู้ปฏิบัติ ในหน่วยงาน หน่วยงานอื่น และ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๒. มีความเชี่ยวชาญในการประสานการทำงาน โดยให้ความคิดเห็น คำแนะนำ กับผู้ปฏิบัติในหน่วยงานและ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก มีความหลากหลายของบุคคลและ ทีมงานที่เกี่ยวข้อง

๓. มีความเชี่ยวชาญในการประสานความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลภายในงาน

ด้านคุณลักษณะอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

๑. มีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ เช่น เมตตา กรุณา ซื่อสัตย์ เสียสละ ชยัน รับผิดชอบ อุดม มีน้ำใจ ดูแลช่วยเหลือให้บริการ ฯลฯ

๒. มีความรัก เจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีใจรักให้บริการ

๓. มีความสามารถรับผิดชอบต่อสังคม มีจิตสำนึกในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์สามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเชิงจริยธรรม (Analytic Competency) ของผู้ประกอบการวิชาชีพ และค้นหาแนวทางปฏิบัติได้ด้วย ตนเองรักตนเอง และผู้อื่น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum Hemorrhage or PPH.) หมายถึง การมีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตรและมีเลือดออกจากการคลอดผ่าตัดทางหน้าท้องมากกว่า ๑๐๐๐ cc ภายหลังทารกคลอด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยของมารดาทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ ๒๗.๑ (WHO, ๒๐๑๔) จากรายงานแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของมารดาในปี พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๖ ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิต ของมารดาเป็น ๘.๘-๒๒.๒ ต่อการเกิดมีชีพแสนรายและการตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ของมารดาหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอดมี ๒ ระยะ

๑. ระยะแรกหลังคลอด (early postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดภายใน ๒๔ ชม. หลังคลอด

๒. ระยะหลัง (late postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดหลังจาก ๒๔ ชม.

สาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ การหดตัวของมดลูกไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางคลอด การมีรกค้าง การเกิดก้อนเลือดคั่งในแผล และมีปัญหาเกี่ยวกับกลไกของการแข็งตัวของเลือด (ธีรพงศ์ เจริญวิทย์ , ๒๕๕๑) ความเสี่ยงที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ เกิดภาวะช็อค อ่อนเพลีย อาจเป็นลมหมดสติ อาจทำให้เกิดภาวะซีด และการติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย การตกเลือดหลังคลอดที่ควบคุมไม่ได้อาจทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ อีกกรณีที่เลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็ว หรือดูแลรักษาไม่ทันท่วงทีอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ หลักการพยาบาลที่สำคัญคือประเมินข้อมูลเพื่อเตรียมการป้องกัน การให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วรอบคอบ การตัดสินใจที่ดี การคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งทักษะที่ดีในการสังเกตรวมกับความรู้ความสามารถของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาล จะทำให้กระบวนการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

และสามารถฟื้นฟูสภาพ หายจากการเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็ว ปราศจากภาวะแทรกซ้อนและช่วยเหลือตนเองได้
อย่างดีเมื่อกลับจากโรงพยาบาล

จากสถิติมารดาที่มารับบริการในตึกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๖๓ -
๒๕๖๔ นั้น พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกในห้องคลอด ร้อยละ ๑๓.๖๐ ,๑๑.๒๙,๑๓.๐ ตามลำดับ
ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดหลังคลอดระยะแรกเกิดจากการหดตัวไม่ดี นอกจากนี้ยังมี
สาเหตุมาจากช่องคลอดฉีกขาด ภาวะรกค้างและจากสาเหตุอื่นๆ ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอด มีภาวะช็อค
ได้รับเลือดทดแทน แต่ยังไม่มีการตัดมดลูกหรือการเสียชีวิต ซึ่งแนวทางการปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรกของตึกหลังคลอด เป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดในการดูแลแก้ไขเมื่อมีการตก
เลือดหลังคลอดเกิดขึ้นแล้ว และ เมื่อพบปัญหาจะมีการทบทวนและหาแนวทางในการปฏิบัติ แต่ก็ยังพบว่า การ
ตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาของหน่วยงาน เนื่องจากการดูแลมารดาคลอดเพื่อป้องกัน การตกเลือดหลัง
คลอดดูแลเหมือนกันทุกราย ขาดการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุม และทีมดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจใน
แนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างถ่องแท้ จึงส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดและ
ภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นพยาบาลตึกหลังคลอดจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้ได้รับความ
ปลอดภัย และการได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการ
เสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลตึกหลังคลอดต้องมีความรู้ความเข้าใจ ซึ่งผู้จัดทำมีความสนใจ
เป็นอย่างยิ่งในการศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อความปลอดภัยของมารดา ลด
ภาวะแทรกซ้อน จากการตกเลือดหลังคลอด และลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด และมีแนวทางใน
การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระบบตั้งแต่หน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด โดยดูแลแบบองค์รวมให้
ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ตลอดจนวางแผนการดูแลเมื่อจำหน่ายมารดากลับบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะทำ
ให้สามารถช่วยชีวิต ลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่มารดาและทารกได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด ๒๔ ชั่วโมงแรก ได้รับการดูแลรักษาที่มีมาตรฐาน พันวิฤต ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
๒. เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลรักษาผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด ๒๔ ชั่วโมงแรก อย่างถูกต้อง
๓. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด ๒๔
ชั่วโมงแรก

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. กำหนดหัวข้อเรื่อง เลือกศึกษาผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด ๒๔ ชั่วโมงแรก ขณะมารับบริการที่
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ศึกษา ค้นคว้า เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งจากผู้ป่วยและญาติ
๓. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีจากเอกสารทางวิชาการ ตำรา คู่มือประสบการณ์ทำงาน ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญและ
ค้นคว้าจากอินเทอร์เน็ต
๔. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำมาวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้าน
ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ
๕. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๖. สรุปผลการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
๗. เรียบเรียงผลงานเพื่อจัดทำเอกสารวิชาการ และตรวจสอบความถูกต้อง
๘. เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบและแก้ไข
๙. รวบรวมจัดพิมพ์เอกสารเพื่อเผยแพร่ผลงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดปี ๒๕๖๔ จำนวน ๖๙ ราย ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๗๔ ราย ข้อมูลการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่เข้ารับการรักษา	-	๖๙ ราย	๗๔ ราย
การกลับมานอนรักษาหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน	-	๐ ราย	๐ ราย
ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วย	๗๕%	๘๐%	๘๐%
ความพึงพอใจในการให้บริการ	๗๕%	๘๐%	๘๐%

ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่ในการด้านการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการเรียนรู้พัฒนางานต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติให้มากที่สุด

๕.๒ เชิงคุณภาพ

1. ไม่มีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอดและไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด
2. ไม่พบอัตราการ Re-Admit ของผู้ป่วยจากภาวะ PPH
3. มารดาที่มีความเข้าใจแลปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
4. ญาติให้ความร่วมมือในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดปกติและหลังคลอด
5. มารดาสามารถดูแลบุตรได้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล มีแนวทาง ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด ๒๔ ชั่วโมงแรก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
๒. ทราบข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด ๒๔ ชั่วโมงแรก ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๓. เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด ๒๔ ชั่วโมงแรก

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การอธิบายกับญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยในช่วงแรก ญาติจะยังไม่เข้าใจ เนื่องจากยังมีความกลัวและวิตกกังวลอยู่จำเป็นต้องพูดคุยกับญาติในเรื่องเดิมซ้ำ ๆ จนญาติคลายกังวลและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลจะมองข้ามไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ๒๔ ชั่วโมงแรก ญาติและผู้ป่วยกังวลว่าผู้ป่วยอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นเสียชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลและครอบครัวรู้สึกมีความวิตกกังวลอย่างสูงในเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดพยาบาลผู้ดูแลจึงวางแผนระดับประคองด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลเรื่องอาการของโรค แนวทางการดูแลรักษา เหตุผลของกิจกรรมการดูแลโดยให้ข้อมูลในทุกกระบวนการดูแลร่วมกับ mental support เป็นระยะ ๆ ประการที่สำคัญเรื่องการแนะนำเรื่องการดูแลตนเองต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลลง

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรให้ความรู้แก่ประชาชนในการดูแลตนเองหลังคลอด แจกแผ่นพับ จัดนิทรรศการและบอร์ดความรู้
๒. ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการอย่างสม่ำเสมอแก่บุคลากรรับตรวจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด ๒๔ ชั่วโมงแรก เพื่อพัฒนาความรู้และให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวพัชราวลัย ลีลา เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) พัชราวลัย ลีลา

(นางสาวพัชราวลัย ลีลา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๙ / พ.ค. / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสาวพัชราวลัย ลีลา	พัชราวลัย ลีลา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางกัญญ์วรา อุปนิสากร)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

(วันที่) ๑๙ / พ.ค. / ๒๕๖๖

(ลงชื่อ) 

(นางสาวจุไรรัตน์ ทูมนันท์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิรุณ

(วันที่) ๒๒ / พ.ค. / ๒๕๖๖

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้



(นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๖

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง แนวทางการพัฒนาการพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดใน ๒๔ ชั่วโมงแรก

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum Hemorrhage or PPH.) หมายถึง การมีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตรและมีเลือดออกจากการคลอดผ่าตัดทางหน้าท้องมากกว่า ๑๐๐๐ cc ภายหลังทารกคลอด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยของมารดาทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ ๒๗.๑ (WHO, ๒๐๑๔) จากรายงานแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของมารดาในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ -๒๕๕๖ ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิต ของมารดาเป็น ๘.๙ - ๒๒.๒ ต่อการเกิดมีชีพแสนรายและการตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ของมารดาหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอดมี ๒ ระยะ

๑. ระยะแรกหลังคลอด (early postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดภายใน ๒๔ ชม. หลังคลอด

๒. ระยะหลัง (late postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดหลังจาก ๒๔ ชม.

สาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ การหดรั้งตัวของมดลูกไม่ดี การฉีกขาดของช่องคลอด การมีรกค้าง การเกิดก้อนเลือดคั่งในแผล และมีปัญหาเกี่ยวกับกลไกของการแข็งตัวของเลือด (ธีรพงศ์ เจริญวิทย์ , ๒๕๕๑) ความเสี่ยงที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ เกิดภาวะช็อค อ่อนเพลีย อาจเป็นลมหมดสติ อาจทำให้เกิดภาวะช็อค และการติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย การตกเลือดหลังคลอดที่ควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ อีกกรณีที่เลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็ว หรือดูแลรักษาไม่ทันท่วงทีอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ หลักการพยาบาลที่สำคัญคือ ประเมินข้อมูลเพื่อเตรียมการป้องกัน การให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วรอบคอบ การตัดสินใจที่ดี การคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งทักษะที่ดีในการสังเกตรวมกับความรู้ความสามารถของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาล จะทำให้กระบวนการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ และสามารถฟื้นฟูสุขภาพ หายจากการเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็ว ปราศจากภาวะแทรกซ้อนและช่วยเหลือตนเองได้อย่างดีเมื่อกลับจากโรงพยาบาล

จากสถิติมารดาที่มารับบริการในตึกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลตระการพิรุณ ระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ นั้น พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ร้อยละ ๑๓.๖๐ , ๑๑.๒๙, ๑๓.๐ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดหลังคลอดระยะแรกเกิดจากการหดรั้งตัวไม่ดี นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากช่องคลอดฉีกขาด ภาวะรกค้างและจากสาเหตุอื่นๆ ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีภาวะช็อค ได้รับเลือดทดแทน แต่ยังไม่มีการตัดมดลูกหรือการเสียชีวิต ซึ่งแนวทางการปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของตึกหลังคลอด เป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดในการดูแลแก้ไขเมื่อมีการตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นแล้ว และ เมื่อพบปัญหาจะมีการทบทวนและหาแนวทางในการปฏิบัติ แต่ก็ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาของหน่วยงาน เนื่องจากการดูแลมารดาคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดดูแลเหมือนกันทุกราย ขาดการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุม และทีมดูแลยังขาดความรู้

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ความเข้าใจในแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างถ่องแท้ จึงส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นพยาบาลตึกหลังคลอดจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้ได้รับความปลอดภัย และการได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้จาเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลตึกหลังคลอดต้องมีความรู้ความเข้าใจ ซึ่งผู้จัดทำมีความสนใจเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อความปลอดภัยของมารดา ลดภาวะแทรกซ้อน จากการตกเลือดหลังคลอด และลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด และมีแนวทางในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระบบตั้งแต่หน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด โดยดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ตลอดจนวางแผนการดูแลเมื่อจำหน่ายมารดากลับบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถช่วยชีวิต ลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่มารดาและทารกได้เป็นอย่างดี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) การใช้กระบวนการ ๕ ขั้นตอน (วิจิตรา กุสมภ์, ๒๕๕๖) ได้แก่ การ ประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ประเมินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

๒. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพอ กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

๓. ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง ๔ ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.มารดาที่มารับบริการ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น ภาวะช็อค ตั้ตมดลูก หรือเสียชีวิต
- ๒.มารดาได้รับทราบถึงกระบวนการ การให้บริการ และวิธีการปฏิบัติตัว
- ๓.มารดาและญาติได้รับความพึงพอใจ ในการให้บริการ
- ๔.มีแนวทางในการดูแลรักษาและให้การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่มีมาตรฐาน
- ๕.พยาบาลได้เพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด สามารถที่จะดูแลผู้คลอดให้มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ลดข้อผิดพลาดและข้อร้องเรียนในการให้บริการ
- ๖.เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้าสำหรับผู้สนใจ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ต่อผู้รับบริการและครอบครัว

๑. มารดาและทารกปลอดภัยจากกระบวนการคลอด มารดาไม่มีภาวะช็อค ไม่ได้รับการตัดมดลูก หรือเสียชีวิต ๑๐๐%
๒. มีความรู้ความเข้าใจ และเพิ่มความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลบุตร ๑๐๐%
๓. ผู้รับบริการและครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการมากกว่าร้อยละ ๘๐

ต่อคุณภาพการพยาบาล

๑. มีแนวทางในการดูแลการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่เป็นมาตรฐาน
๒. พยาบาลมีการประเมินผู้คลอดอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง
๓. ทีมการพยาบาลสามารถพัฒนาความรู้ ความชำนาญในการดูแลการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด ไม่มีมารดาที่ได้รับการตัดมดลูก หรือเสียชีวิต
๔. ไม่มีข้อร้องเรียนในการให้บริการ

((ลงชื่อ) พัชรวิทย์ สีลา

(นางสาวพัชรวิทย์ สีลา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ๑๙ / พ.ค. / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยได้รับเห็ดพิษ (Mushroom poisoning): กรณีศึกษาปี 2564
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการ ว่าดำเนินการ วันที่ 1 พฤษภาคม 2564- วันที่ 30 พฤศจิกายน 2564

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) กล่าวถึงการปรับตัวของบุคคล เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ ของสิ่งเร้า และระดับการปรับตัวของบุคคล ดังนั้นการพยาบาล เป็นการให้ความช่วยเหลือกับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการพยาบาลมีเป้าหมาย ส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมของบุคคล และการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อบรรลุซึ่งการมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self care Theory) ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit)

และทฤษฎีระบบการพยาบาล(The Theory of Nursing System)

แนวคิดการพยาบาล

ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่

1. การตระหนักถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล
2. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
4. การสร้างสัมพันธภาพในการรักษาพยาบาล
5. การให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ
6. การเสริมพลัง
7. การส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกาย

โรค การพยาบาลผู้ป่วยได้รับเห็ดพิษ

โรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ (Mushroom poisoning) เป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรม และสภาพภูมิศาสตร์ของประเทศไทย ที่มีอุณหภูมิ และภูมิอากาศที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเห็ด และเป็นอาหารที่นิยมของประชาชนในพื้นที่ ส่วนมากเกิดจากการนำเห็ดจากป่าเขา หรือภูมิประเทศที่เหมาะสมมารับประทาน เนื่องจากลักษณะของเห็ดที่เกิดตามธรรมชาติมีความหลากหลายทำให้ผู้นำมาบริโภค จำแนกชนิดของเห็ดมีพิษ และไม่มีพิษได้ยาก ทำให้แต่ละปีมีรายงานผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดป่วยอยู่เสมอ และพบว่าแนวโน้มของอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี เห็ดพิษที่พบในประเทศไทยมีความรุนแรงต่อระบบทางเดินอาหาร ในระดับตั้งแต่ไม่รุนแรงจนกระทั่ง เห็ดพิษที่รุนแรงทำอันตรายจนเสียชีวิต

สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ จากการรับประทานเห็ดในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 163 ราย อัตราป่วย 0.25 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยร้อยละ 94.62 อยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงกว่าภาคอื่น ๆ มาตลอดเนื่องจากเห็ดมีการเจริญเติบโตตามฤดูกาล จึงพบว่า ผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดมากในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือน พฤษภาคม - กันยายน เป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 71.20 และเป็นผู้ป่วยใน ร้อยละ 28.80

วันที่ 25 พฤษภาคม 2555 โรงพยาบาลโพธิ์ไทร มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคอาหารเป็นพิษ พบผู้เสียชีวิต 2 ราย เพศชาย 1 ราย อายุ 86 ปี เพศหญิง 1 ราย อายุ 78 ปี หลังรับประทานแกงเห็ดที่ชาวบ้านเรียกว่า เห็ดชี่ไก่เดือน (เห็ดไส้เดือน) ซึ่งลูกชายเก็บจากป่าท้ายหมู่บ้าน เห็ดลักษณะสีขาวคล้ายเห็ดโคน รับประทานทั้งครอบครัว รวม 7 คน ป่วยทั้งหมด หลังรับประทานประมาณ 3 ชั่วโมง เริ่มมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเป็นน้ำหลายครั้ง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 6 ราย เสียชีวิต 2 ราย มีภาวะตับวาย

โรงพยาบาลโพธิ์ไทร มีสถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคอาหารเป็นพิษ จากการรับประทานเห็ดในปี พ.ศ. 2563-2565 (ปี 2565 นับถึงเดือนกรกฎาคม 2565) จำนวน 70, 72 และ 44 ราย ตรวจกลับ 21,18 และ 17 ราย ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล 43, 47 และ 23 ราย และต้องส่งต่อ 6, 7 และ 4 ราย ตามลำดับ และใน 3 ปี ย้อนหลังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ดังนั้นผู้ทำการศึกษาจึงมีความสนใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเห็ดพิษ ได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา ลดความรุนแรงของโรค เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขต้องให้ความรู้เรื่องเห็ดและการแจ้งเตือนแก่ประชาชนในการบริโภคเห็ด และสามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคได้ต่อไป

พยาธิสรีระวิทยาของโรค

ในประเทศไทยมักพบเห็ดพิษในสกุล Amanita, Galcrina และสกุล Lcpiota ซึ่งปัจจุบันมัก พบเห็ดในสกุล Amanita นี้ 2 ชนิด คือ

1. Amanita verna.(Bull.cx.Fr) Vitt. ซึ่งทางภาคเหนือบางท้องที่ เรียกเห็ดไข่ตายซาก (ฮาก) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเรียกเห็ดระโงกหิน
- 2.Amanita virosa Secr. เรียกเห็ดไข่เป็ด หรือเห็ดระโงกหิน ขนาดของ amatoxin ที่ทำให้คนกินตายประมาณ 0.1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

การวินิจฉัยโรค

1. วินิจฉัยค้นหาสาเหตุจากการซักประวัติ การรับประทานเห็ดพิษ
2. วินิจฉัยภาวะเป็นพิษต่อร่างกาย ด้วยการติดตามการทำงานของอวัยวะในเช่น ตับ ไต
3. วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ การวินิจฉัยความรุนแรงของการขาดสารน้ำ การวินิจฉัยภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เป็นต้น

การรักษาผู้ป่วยที่บริโภคเห็ดพิษ

การรักษาผู้ป่วยจากการบริโภคเห็ดพิษ ที่สำคัญที่สุดคือ การประคับประคอง ให้ผู้ป่วยฟื้นชีวิตอันตรายน ลดปริมาณสารพิษที่ได้รับ และเร่งขับสารพิษออกจากร่างกาย ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่อาเจียน ควรกระตุ้นให้อาเจียน หรือใช้สายสวนล้างกระเพาะอาหาร ให้ผงถ่านเพื่อช่วยดูดซึมสารพิษด้วยผง activated charcoal ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการท้องร่วง ควรให้ยาระบายด้วย โดยปกติจะทำหลังจากที่ให้การปฐมพยาบาลผู้ป่วย และจะรักษาตามลักษณะอาการของสารพิษที่ได้รับ ทั้งนี้จะเป็นการตัดสินใจของแพทย์ผู้รักษา และ แนวทางการรักษาเป็นประโยชน์ในการช่วยตัดสินใจได้ง่ายขึ้น

การวินิจฉัยถึงชนิดของสารพิษที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้การรักษาที่เฉพาะด้วยการสัมภาษณ์ประวัติ รับประทานเห็ดกี่ชนิด ผู้อื่นที่รับประทานร่วมด้วยมีอาการหรือไม่ เวลาที่รับประทาน และเน้นเวลาเริ่มเกิดอาการ ถ้าอาการเกิดขึ้นหลัง 6 ชั่วโมง Cyclopeptide, Monomethyl hydrazine หรือ Orel line

ลักษณะทางพิษวิทยา ดังนี้

1. สารพิษพวก Amanitin และ Helvellic acid

1.1 หลังจากการปฐมพยาบาล โดยการล้างคอให้ผู้ป่วยอาเจียนแล้ว ให้ล้างกระเพาะ (Gastric lavage) โดยใช้น้ำสุก 1-2 ลิตร ผสม activated charcoal (ผงถ่าน) ดื่มและทำ Colonic lavage เพื่อไม่ให้มีเศษอาหารเหลืออยู่ในระบบทางเดินอาหาร

1.2 การรักษาเสริมเพื่อช่วยฟื้นฟูปatient (Supportive treatment) ให้กลูโคส (Glucose N.S.S) ทางเส้นเลือดดำ จากนั้นให้ methionine และวิตามินบำรุงตับบางครั้ง อาจใช้ thiocetic acid (Alpha-lipoic acid) ผสมกับกลูโคส หรือน้ำเกลือเข้าทางเส้นเลือดดำ 300-500 มิลลิกรัมต่อวัน (50-150 มิลลิกรัมทุก 6 ชั่วโมง) จะช่วยรักษาตับและไตดีขึ้น

1.3 การใช้ Anttiphalloid serum ใช้ในฝรั่งเศสเรียกว่า antidote

1.4 การถ่ายพิษในกระเพาะออกโดยวิธี Hemodialysis บางแห่งใช้ Penicillin-G (250 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน) ร่วมกับ Choramphenicol และ Sulphamethoxazole ซึ่งจะช่วยขับถ่ายสารพิษพวก อะมานิติน

2. สารพิษ Muscarine

หากการปฐมพยาบาลดังกล่าวในข้อ 1 แล้วใช้วิธี Antidote โดยฉีด atropine sulfate เข้าหลอดเลือดดำ โดยฉีดครั้งละ 0.5 - 1.0 มิลลิกรัม ถ้าจำเป็นอาจฉีดทุกครึ่งชั่วโมง ถ้าเป็นเด็กใช้เพียง 0.05 มิลลิกรัม

3. สารพิษ Gyromitrin

พบในเห็ดสกุล *Gyromitra* หลังจากการปฐมพยาบาลในข้อ 1 แล้ว ให้เพิ่มวิตามิน B6 ขนาด 250 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน (ให้ครั้งละ 25 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ทางหลอดเลือดดำ)

ลักษณะของภัยคุกคาม (Hazard)

1. พิษต่อตับ สารชีวพิษจากเห็ดที่มีพิษต่อตับได้แก่ สารในกลุ่ม cyclopeptides เห็ดที่มีสารชีวพิษชนิดนี้เป็นอันตรายมากที่สุด cyclopeptides ประกอบด้วยสารชีวพิษ 2 จำพวกได้แก่ amatoxins และ phallotoxins

Amatoxins ถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร เป็นสารที่มีพิษรุนแรงต่อเซลล์ ทำให้ตับถูกทำลาย นอกจากนี้ยังเป็นพิษต่อไต ตับอ่อน ต่อมหมวกไต กล้ามเนื้อ และสมอง สามารถตรวจพบได้โดยการทดสอบ Meixner โดยหยดน้ำจากกระเพาะอาหาร หรือ คั้นน้ำจากเห็ด หยดลงบนกระดาษกรอง แล้วทิ้งไว้ให้แห้ง หยดกรดเกลือ (HCl) เข้มข้นลงไป ถ้ามีสารพิษจะมีสีฟ้าเกิดขึ้นในครึ่งชั่วโมง สารนี้จะถูกขับออกทางไต

phallotoxins เป็นสารที่เป็นพิษต่อตับรุนแรงมาก แต่ถูกดูดซึมได้น้อยจากทางเดินอาหาร จึงเป็นพิษต่อร่างกายน้อย ทำให้เกิดอาการคล้ายทางเดินอาหารอักเสบในช่วงต้นเท่านั้น

2. พิษต่อระบบประสาทกลาง

สารชีวพิษจากเห็ดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลางมี 2 จำพวกได้แก่

2.1 Monomethyl hydrazine (Gyromitrin) เห็ดที่มีสารชีวพิษชนิดนี้ออกฤทธิ์การสร้างสารสื่อประสาท หลังจากผู้ป่วยรับประทานเห็ดที่มีสารพิษชนิดนี้ 6-24 ชั่วโมง จะเริ่มมีอาการ มึนงง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน และเป็นตะคริว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการช่วงนี้ไม่มากนัก หลังจากนั้นอาจมีอาการเพ้อ ชัก จนถึงหมด

สติได้ นอกจากนี้อาจเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตก สุดท้ายอาจเกิดภาวะตับวาย และไตวาย จนเป็นสาเหตุให้ถึงแก่กรรมได้

2.2 Indoles (psilocin-psilocybin) เห็ดที่มีสารชีวพิษในกลุ่มนี้ ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาททำให้ประสาทหลอน หลังจากรับประทานประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกเคลิบเคลิ้ม ตามด้วยการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง และประสาทหลอน มีอาการเดินโซเซ ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่ ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดลด มีอาการแสดงของระบบประสาทกลางถูกกระตุ้น

3. พิษต่อระบบประสาทอัตโนมัติ

สารชีวพิษจากเห็ดที่ออกฤทธิ์เด่นต่อระบบประสาทอัตโนมัติที่สำคัญมี 2 จำพวก คือ

3.1 Muscarine เห็ดพันธุ์ที่มีสารชีวพิษชนิดนี้ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท หลังรับประทานเห็ดที่มีสารชีวพิษชนิดนี้ประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง จะเกิดอาการเรียกว่า "cholinergic crisis" ซึ่งประกอบด้วยหัวใจเต้นช้า หลอดลมหดเกร็ง เสมหะมาก ม่านตาคอดเล็ก น้ำลายฟูมปาก น้ำตาไหล ปัสสาวะอุจจาระราด และอาเจียน เนื่องจากสารชีวพิษชนิดนี้ถูกดูดซึมผ่านทางระบบทางเดินอาหารได้น้อย และถูกทำลายได้ด้วยความร้อน การปรุงอาหารจึงสามารถทำลายสารชีวพิษชนิดนี้ได้

3.2 Ibotenic acid และ muscimol เห็ดที่สร้างสารชีวพิษชนิดนี้ มีผลต่อระบบประสาท เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนแปลงโดยวิธี decarboxylation เป็น muscimol ซึ่งมีฤทธิ์เพิ่มขึ้น 5-10 เท่าภายใน 30 นาที หลังจากผู้ป่วยรับประทานเห็ดที่มีสารชีวพิษชนิดนี้จะเกิดอาการเมา ทำให้เดินโซเซ เคลิ้มฝัน ประสาทหลอน และเอะอะโวยวาย อาการจะกลับคืนสู่สภาพปกติใน 1-2 วัน

4. พิษต่อไต

สารชีวพิษจากเห็ด ซึ่งมีพิษต่อไตเป็นอาการเด่น คือสารพิษกลุ่ม bipyridyl ซึ่งทนต่อความร้อน ทำให้เนื้อไตอักเสบ และเป็นพิษต่อดับด้วย อาการเริ่มต้นเกิดขึ้นใน 24-36 ชั่วโมงหลังรับประทาน ผู้ป่วยจะมีอาการ กระเพาะอาหารอักเสบ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น และปวดกล้ามเนื้อ ภายหลังผู้ป่วยจะมีอาการไตวายอย่างช้าๆ และเรื้อรัง เนื่องจากอาการจากสารพิษกลุ่มนี้เกิดขึ้นช้า

5. พิษร่วมกับ alcohol คล้าย disulfiram

สารชีวพิษ coprine สารนี้จะไม่มีพิษถ้าไม่รับประทานร่วมกับการดื่มสุรา ทำให้ acetaldehyde คั่งอยู่ในเลือดเป็นจำนวนมาก อาการจะเริ่มเกิดขึ้นใน 10-30 นาที หลังจากรับประทานเห็ดแก่แล้ว และอาจเกิดขึ้นเมื่อดื่มสุราหลังจากรับประทานเห็ดแล้วถึง 1 สัปดาห์ก็ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการหน้าแดง ตัวแดง ใจสั่น หายใจหอบ เหนื่อยแตก เจ็บหน้าอก ชาตามตัว ม่านตาขยาย และความดันโลหิตสูง อาจพบความดันโลหิตต่ำได้เนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว

6. พิษต่อทางเดินอาหาร

เห็ดที่มีสารชีวพิษซึ่งจัดในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดอาการเฉพาะระบบทางเดินอาหารภายใน 30 นาที-3 ชั่วโมง มีอาการจุกเสียดยอดอก อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง และไม่ทำให้มีอาการทางระบบ ส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรงและไม่ต้องการการรักษาเฉพาะใดๆ มักจะหายได้เองภายใน 24 ชั่วโมง

สรุปการรักษาที่สำคัญ

กรณีที่พบผู้ป่วยรับประทานเห็ดพิษต้อง ปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยให้ดื่มน้ำอุ่นผสมผงถ่านเพื่อลดการดูดซึมของสารพิษ การรักษาที่สำคัญ Mushroom poisoning มีอาการ ปวดท้อง อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย ซึม วิงเวียน หลังจากรับประทานเห็ด ให้รีบทำให้อาเจียน โดยการล้วงคอหรือกลืนไข่ขาวหลายๆฟอง หรือน้ำเกลืออุ่นๆเพื่อเอาเศษเห็ด/น้ำแกงเห็ดออก แล้วรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล การล้วงคอให้อาเจียน อาจทำให้เกิดการสำลักเศษอาหารได้ จากนั้นควรรีบนำผู้ป่วยส่ง โรงพยาบาลให้เร็วที่สุดพร้อมทั้งนำเห็ดที่เหลือ จากการรับประทานหรือตัวอย่างเห็ดที่สงสัยว่าเป็นเห็ดพิษไปให้แพทย์วินิจฉัยด้วย

ผู้ป่วยต้องได้รับ Retain NG Irrigate ทุกราย ห้ามใช้ยาต้านการอาเจียน และยาหยุดถ่าย ให้การรักษาตามอาการที่พบ และเฝ้าระวังการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น Investigation: CBC, PT/INR, DTX, BUN/Cr, Electrolyte, LFT

ดังนั้นการรับประทานเห็ดที่ตนเองรู้จักหรือซื้อมาจากแหล่ง ที่น่าเชื่อถือ เป็นแนวทางหนึ่งที่จะลดความเสี่ยงจากสถานการณ์อาหารเป็นพิษได้

การพยาบาลโรค

ผู้ป่วยรับประทานเห็ดพิษ Mushroom poisoning เป็นโรคที่พบได้บ่อย และบางครั้งอาจมีความรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การพยาบาล จำเป็นต้องมีความรู้ มีความเข้าใจ มีทักษะในการประเมินปัญหา สามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรับประทานเห็ดพิษ จะมีอาการ ปวดท้อง อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย ซึม วิงเวียน หลังจากรับประทานเห็ด การพยาบาลจึงเป็นการพยาบาลตามอาการที่พบ ดังนี้

1.การพยาบาลเพื่อป้องกันการขาดน้ำ และอิเล็กโทรไลต์

1.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ว่าอยู่ในระดับใด

1.2 ตรวจวัดประเมิน และบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

1.4 ดูแลการได้รับสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ทางหลอดเลือดดำ

1.4 สังเกตและบันทึกอาการ และอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง ผิวหนังขาดความตึงตัว ร่วมกับชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อย หรือปัสสาวะไม่ออก

1.5ติดตามผลตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าฮีมาโตคริต ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ

2.ผู้ป่วยได้รับสารพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ มีโอกาสเกิดภาวะอันตรายต่ออวัยวะสำคัญ เช่น พิษต่อตับ พิษต่อไต และพิษต่อระบบประสาท

2.1 หลังจากรับประทานเห็ด ให้รีบทำให้อาเจียน เมื่อถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยต้องได้รับ Retain NG Irrigate ทุกราย ห้ามใช้ยาต้านการอาเจียน และยาหยุดถ่าย

2.2ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยให้ดื่มน้ำอุ่นผสมผงถ่านเพื่อลดการดูดซึมของสารพิษ

2.3เฝ้าระวังการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น Investigation: CBC, PT/INR, DTX, BUN/Cr, Electrolyte, LFT

2.4สังเกตอาการที่เป็นพิษต่อระบบประสาท เช่น ซึม วิงเวียน

3.การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดท้อง

- 3.1สังเกตและประเมินอาการปวด ด้วยการสอบถาม และใช้แบบประเมินความเจ็บปวด Pain Score
- 3.2ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่เกิดร่วมกับอาการเจ็บปวด
- 3.3ดูแลจัดให้อยู่ในท่านอนที่สบาย พร้อมกับจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเหมาะสมต่อการพักผ่อน
- 3.4 บรรเทาอาการปวดด้วยเทคนิคต่างๆ เช่น การปลอบโยน การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย และสภาวะของผู้ป่วยแต่ละคน

4.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อรับประทานเห็ดพิษ

- 4.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดี ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถาม หรืออธิบายความรู้สึกลัว กังวลใจ
- 4.2 อธิบายสภาวะของโรค แผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
- 4.3 ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้ความมั่นใจในแผนการรักษาพยาบาล เต็มใจให้ความช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกลดตกภัย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

- 1.ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการพยาบาล Mushroom poisoning จากตำรา เอกสารทางวิชาการ ปรึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษา
- 2.เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วย Mushroom poisoning ในระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2564- วันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 จำนวน 8 ราย และคัดเลือกออก 6 ราย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอาหารเป็นพิษ ไม่ใช่ Mushroom poisoning
3. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรค Mushroom poisoning ศึกษาประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต ประวัติโรคประจำตัว การตรวจร่างกาย การรักษาที่ได้รับ
- 4.วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลพาะโรค จัดลำดับความสำคัญในการวางแผนให้การพยาบาล และสรุปผลการรักษาพยาบาล
- 5.ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลต่อไป จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
- 6.สรุปกรณีศึกษา ประเมินและเปรียบเทียบ ทั้ง 6 ราย จัดทำเป็นเอกสารวิชาการ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาผู้ป่วยที่มีประวัติรับประทานเห็ดพิษ จำนวน 6 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ในระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2564 -วันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 ผู้ป่วย 6 ราย ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 : หญิงไทย 63 ปี HN 43841/AN 64002666 ผู้ป่วยรูปร่างท้วม ส่วนสูง 155 ซม. น้ำหนัก 74 กิโลกรัม จบชั้นมัธยมศึกษา อาชีพทำนา มีสมาชิกในครอบครัว 5 คน มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน รักษาด้วยการรับประทานยา ปฏิเสธการแพ้ยา/แพ้อาหาร ปฏิเสธการดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ ไม่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดบิดท้อง อาเจียน 3 ครั้งถ่ายเหลว 2 ครั้ง ผู้ป่วยให้ประวัติรับประทานเห็ดได้ หลังรับประทาน ประมาณ 30 นาทีมีอาการ ปวดบิดท้อง ต่อมา 5 ชม.มีอาเจียน และถ่ายเหลว รับประทานร่วมกัน 2 คน มีอาการ 1 คน

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/99 มิลลิเมตรปรอท ทำทางอ่อนเพลีย แพทย์วินิจฉัยเป็น Ingested mushrooms / Gastroduodenitis

ประวัติผู้ป่วย

อาการสำคัญ ผู้ป่วยปวดบิดท้อง อาเจียน 3 ครั้งถ่ายเหลว 2 ครั้ง ก่อน มา 5 ชม.

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 5ชม.ก่อนมา ให้ประวัติว่าปวดบิดท้อง อาเจียน 3 ครั้ง ถ่ายเหลว2ครั้ง ไม่มีไข้ รับประทานเห็ด 2คน มีอาการคนเดียว (รับประทานเวลา 18.00น. มีอาการเวลา 18.30 น.ของวันที่ 2ต.ค.64)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคเบาหวาน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธ

การประเมินสภาพ

การประเมินสภาพร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับโรค ผู้ป่วยมีอาการปวดบิดแน่นท้อง ท้อง อาเจียน 3 ครั้งถ่ายเหลว 2 ครั้ง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,BUN,Cr,Elyte,LFT,PT/INR,BS,UA

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC16,650 Hct40 Plt.274,000 Neu 81.5 Lym 14.2 Mono 2.7

Elyte Na 138.8 K3.95 Chloride 103.8 Co2 24.8

BUN 17 ,Cr 1.0 ,PT 23.1 INR 2.08 ,BS175

LFT :Total protein8.0 Albumin 4.3 Globulin 3.7 total bilirubin0.37 Direct bilirubin0.18

Indirect bilirubin0.19 AST21 ALT18 Alk.37

UA Sp.gr.1.025,Albumin1+,sugar Neg ,PH 6.5,Wbc0-1,Rbc Not found , Epi 0-1

การวินิจฉัยโรคแพทย์วินิจฉัยเป็น Ingested mushrooms / Gastroduodenitis

การรักษา/ยา/สารน้ำ ที่ได้รับ 0.9% NSS iv rate 80cc/hr

PGS 5.5mu IV q 6 hr. ,Act Charcoal 25 gm oral q 4 hr. X 3 วัน

Cef-3 2gm iv OD

ระยะรับใหม่ รับเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร วันที่ 2ตุลาคม 2564 เวลา 23.45น.

ผู้ป่วยมีอาการปวดบิดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว แพทย์พิจารณาให้ Losec 40mg iv OD,

Buscopan 1Amp iv Stat ,ได้รับ 0.9% NSS iv rate 80cc/hr.

PGS 5.5mu IV Stat ,Act Charcoal 50 gm Oral Stat , Cef-3 2gm iv OD with Stat

พิจารณา Amit สังเกตอาการ

แรกรับที่วอร์ด เวลา 00.20น. สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ท่าทางอ่อนเพลีย ผู้ป่วยปวดบิดท้องลดลง ระยะต่อเนื่อง วันที่ 3 ตุลาคม 2564 แพทย์ตรวจเย็บมอการ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องแล้ว มีถ่ายเหลว 1 ครั้ง ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 37.7 องศาเซลเซียส ถึง 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 86-92 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

แพทย์พิจารณาให้ on 0.9% NSS iv rate 80cc/hr ต่อ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Elyte Na 138.5 K4.20 Chloride 103.4 Co2 24.3

BUN 17 ,Cr 1.2 PT 14.5 INR 1.28

LFT :Total protein7.1 Albumin 3.9 Globulin 3.2 total bilirubin0.50 Direct bilirubin0.16

Indirect bilirubin0.34 AST14 ALT16 Alk.33

UA Sp.gr.1.025,Albumin1+,sugar Neg ,PH 6.5,Wbc0-1,Rbc Not found , Epi 0-1

วันที่ 4 ตุลาคม 2564 แพทย์ตรวจเย็บมอการ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเล็กน้อย ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ,BUN,Cr,Elyte,LFT, UA

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Elyte Na 137.4 K4.13 Chloride 105.5 Co2 24.3

BUN 12 ,Cr 0.98 PT 13.9 INR 1.22

LFT :Total protein6.3 Albumin 3.5 Globulin 2.8 total bilirubin0.33 Direct bilirubin0.12

Indirect bilirubin0.21 AST17 ALT14 Alk.28

UA Sp.gr.1.005,Albumin neg,sugar Neg ,PH 6.5,Wbc0-1,Rbc 0-1, Epi 0-1

แพทย์พิจารณาให้ on 0.9% NSS iv rate 80cc/hr. ต่อ

Losec 40mg iv q 12 hr. ,Buscopan 1Amp iv q 8 hr.(one Day)

ระยะจำหน่าย วันที่ 5 ตุลาคม 2564 แพทย์ตรวจเย็บมอการ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องแล้ว ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.9-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ,BUN,Cr,Elyte,LFT, UA

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Elyte Na 139.2 K4.09 Chloride 107.3 Co2 22.6

BUN 8 ,Cr 0.90 PT 17.3 INR 1.54

LFT :Total protein6.7 Albumin 3.7 Globulin 3.0 total bilirubin0.22 Direct bilirubin0.10

Indirect bilirubin0.12 AST18 ALT16 Alk.31

UA Sp.gr.1.010,Albumin neg,sugar Neg ,PH 6.5,Wbc0-1,Rbc 0-1, Epi 0-1

แพทย์พิจารณาให้ กลับบ้านช่วงป่วย ให้ฉีด ATB Cef-3 2gm iv OD จนครบ 7วันต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำ เสี่ยงสมดุลอิเล็กโทรลัยท์และกรดต่าง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยอาเจียน 3 ครั้ง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง เหนื่อยเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย

วัตถุประสงค์ ป้องกันภาวะขาดสารน้ำ เสี่ยงสมดุลอิเล็กโทรลัยท์ และกรดต่าง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดสารน้ำ เสี่ยงสมดุลอิเล็กโทรลัยท์และกรดต่าง เช่น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ

การพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกภาวะขาดสารน้ำ
 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเสี่ยงสมดุลอิเล็กโทรลัยท์ เช่น ซึม อ่อนเพลีย ซีพจรเบา ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่รุนแรง อาจมีสับสน ชัก และหมดสติ
 3. บันทึกปริมาณปัสสาวะและอุจจาระที่ขับถ่าย
 4. ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS iv rate 80cc/hr. ตามแผนการรักษา
 5. วัดสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชม.
 6. บันทึกปริมาณน้ำเข้า – ออกในร่างกาย ให้ ORS ตามสภาพของผู้ป่วย
 7. ให้ออกซิเจนตามสภาวะของผู้ป่วย
 8. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ (electrolyte) หากผิดปกติ รายงานแพทย์
- ประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีเหนื่อยเพลียเล็กน้อยในช่วงที่ Amit 1-2 วันแรกและยังมีถ่ายเหลวอยู่ แต่ไม่มีอาการแสดงถึงภาวะของภาวะเสี่ยงสมดุลอิเล็กโทรลัยท์ รับประทานอาหารได้ ค่า Elyte ปกติ ปัสสาวะออกดี มากกว่า 0.5mL/kg/hr ไม่มีความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ซีพจร 80 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากตับอักเสบเนื่องจากได้รับพิษจากเห็ด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยให้ประวัติรับประทานเห็ดโค หลังรับประทาน 30 นาทีมีอาการ อาเจียน 3 ครั้ง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง

วัตถุประสงค์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับพิษจากเห็ด ผู้ป่วยไม่มีภาวะตับอักเสบหรือไม่ได้รับอันตรายจากภาวะตับอักเสบเนื่องได้รับเห็ดพิษ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะตับอักเสบเช่น คลำพบตับโต ผลทางห้องปฏิบัติการ LFT อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับพิษ PGS 5.5mu IV q 6hr.ตามแผนการรักษา
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาดูดซึมพิษ Act Charcoal 25 gm oral q 4 hr. X 3 วัน
3. สังเกตและประเมินอาการปวดท้องที่รุนแรง คลำพบตับโตมากขึ้น ตัวตาเหลืองมากขึ้นของผู้ป่วย
4. ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS iv rate 80cc/hr. ตามแผนการรักษา
5. วัดสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชม.
6. บันทึกปริมาณน้ำเข้า – ออกในร่างกาย ให้
7. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ (LFT) หากผิดปกติ รายงานแพทย์

ประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีตัวตาเหลือง คลำไม่พบตับโต ผลทางห้องปฏิบัติการ LFT อยู่ในเกณฑ์ปกติตั้งแต่วันที่ Admit จนผู้ป่วย D/C

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 37.7 องศาเซลเซียส ถึง 38.2 องศาเซลเซียส

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ CBC WBC 16, Neu 81.5

อาเจียน 3 ครั้ง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง

วัตถุประสงค์ ลดการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5 องศาเซลเซียส ถึง 37.4 องศาเซลเซียส

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ CBC WBC อยู่ในค่าปกติ

การพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชม.
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Cef-3 2gm iv OD ตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS iv rate 80cc/hr. ตามแผนการรักษา
4. แนะนำการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายกับผู้ป่วย
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนให้เพียงพอ
6. แนะนำดื่มน้ำมากๆ
7. แนะนำเช็ดตัวลดไข้เมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

ประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วันที่ 3 ของการ Admit ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.7 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบิดท้อง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกปวดบิดท้อง Pain score 7 คะแนน

วัตถุประสงค์ บรรเทาอาการปวดท้อง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยปวดท้องลดลง pain score <5

การพยาบาล

1. ประเมิน pain score q 2-4 hr.
2. ประเมินลักษณะของการปวด Abdominal sign
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา Losec 40mg iv q 12 hr. , Buscopan 1Amp iv q 8 hr.(one Day)
4. ดูแลจัดให้อ่อนท่าศีรษะสูง 35-40 องศา เพื่อลดแรงดันในช่องท้องช่วยบรรเทาอาการแน่นท้อง
5. วัดสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชม.

ประเมินผล ผู้ป่วยปวดท้องลดลงหลังได้รับยา pain score 3 คะแนน

และก่อนผู้ป่วย D/C pain score 0 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสีหน้ากังวล บอกว่ากลัวจะเป็นอะไรไป

วัตถุประสงค์ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลงหน้าตาอึมแจ่มใสมากขึ้น

การพยาบาล

- 1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกวิตกกังวลต่างๆ
 - 2.อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และแนวทางการรักษาของแพทย์
 - 3.แนะนำการผ่อนคลายความกังวล เช่น การนั่งสมาธิ การฟังธรรมะ การฟังเพลง
 - 4.พูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วย
 - 5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่
- ประเมินผล ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง หน้าอึมแจ่มใสมากขึ้น

สรุปกรณีศึกษา

อาการสำคัญ การวินิจฉัยโรค Ingested mushrooms / Gastroduodenitis เข้ารับการรักษา วันที่ 3 ต.ค. 2564 เวลา 00.00น ให้ประวัติ รับประทานเห็ดโค แล้วมีอาการ ปวดบิดท้อง อาเจียน 3 ครั้ง ถ่ายเหลว 2 ครั้ง หลังรับประทานเห็ดโค มา 5 ชม.รับประทาน 2 คน มีอาการ 1 คน ผู้ป่วยมีประวัติ GFR 68.3 BS CKD Stage 2 หลังรับไว้ มีไข้ 38 องศาเซลเซียส ได้รับการรักษา 0.9% NSS iv rate 80cc/hr ,losec 40 iv ,Cef-3 2 gm IV , PGS 5.5mu IV, Act Charcoal 50 gm q 2 hr. X 3 วัน

อาการทุเลา จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 5 ต.ค.2564 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 3 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 หญิง 23 ปี HN 38949/AN 64002734 แพทย์วินิจฉัยเป็น Ingested mushrooms / Gastroduodenitis

เข้ารับการวันที่ 10 ตค 2564เวลา 01.00น. จำหน่าย 12 ตค 2564 รับประทานเห็ดด้วยกัน 3คนมีอาการ 1คน ประวัติ มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้งถ่ายเหลวเป็นน้ำ 8 ครั้ง หลังรับประทานเห็ดปลวก มา 5 ชม.

ประวัติผู้ป่วย

อาการสำคัญ คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้งถ่ายเหลวเป็นน้ำ 8 ครั้ง ก่อน มา 5 ชม.

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 6ชม.ก่อนมา รับประทานแกงเห็ดปลวกซื้อมา รับประทานเห็ดด้วยกัน 3คน มีอาการ 1คน

5ชม.ก่อนมา ให้ประวัติว่า คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้งถ่ายเหลวเป็นน้ำ 8 ครั้ง มีไข้ เหนื่อยเพลียจึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธ

การประเมินสภาพ

การประเมินสภาพร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับโรค ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้งถ่ายเหลวเป็นน้ำ 8 ครั้ง มีไข้ เหนื่อยเพลีย

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/78 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,BUN,Cr,Elyte,LFT,PT/INR,BS,UA

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC9530 Hct40 Plt.275,000 Neu 55 Lym 21 Mono 2.6

Elyte Na 136.6 K4.01 Chloride 104.6 Co2 23.2

BUN 9 ,Cr 0.86 ,PT 12.7 INR 1.11 ,BS175

LFT :Total protein7.0 Albumin 4.4 Globulin 2.6 total bilirubin0.48 Direct bilirubin0.18

Indirect bilirubin0.30 AST16 ALT16 Alk.61

UA Sp.gr.1.025,Albumin1+,sugar Neg ,PH 6.5,Wbc0-1,Rbc 0-1 , Epi 2-3

การรักษา/ยา/สารน้ำ ที่ได้รับ 5%DN/2 iv rate 80cc/hr.

PGS 3.975mu IV q 6 hr. ,Act Charcoal 50 gm oral stat then 25 gm q 4 hr. X 3 วัน

ระยะรับใหม่ รับเข้ารับที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร 10 ตค 2564 เวลา 01.00น.

ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้งถ่ายเหลวเป็นน้ำ 8 ครั้ง มีไข้ เหนื่อยเพลีย

ให้ plasil 1Amp IV Stat

พิจารณา Amit สังเกตอาการ

แรกรับที่วอร์ด เวลา 03.05น. สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท เหนื่อยเพลีย ยังมีคลื่นไส้ไม่อาเจียน

ระยะต่อเนื่อง วันที่ 11 ตค 2564 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องแล้ว ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84-90 ครั้ง/นาที หายใจ 20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

แพทย์พิจารณาให้ on 5%DN/2 iv rate 80cc/hr.ต่อ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Elyte Na 137.4 K4.06 Chloride 107.0 Co2 20.8

BUN 4 ,Cr 0.76 PT 13.0 INR 1.14

LFT :Total protein6.5 Albumin 4.1 Globulin 2.4 total bilirubin0.26 Direct bilirubin0.12

Indirect bilirubin0.14 AST18 ALT16 Alk.53

UA Sp.gr.1.020,Albumin neg,sugar Neg ,PH 5.0,Wbc0-1,Rbc Not found , Epi 5-10

ระยะจำหน่าย วันที่ 12 ตุลาคม 2564 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยมีอาการไม่มีอาการปวดท้องแล้ว ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ,BUN,Cr,Elyte,LFT, UA

Elyte Na 138.8 K3.94 Chloride 104.4 Co2 24.9

BUN 6 ,Cr 0.86 PT 16.4 INR 1.45

LFT :Total protein7.0 Albumin 4.1 Globulin 2.8 total bilirubin0.30 Direct bilirubin0.17
 Indirect bilirubin0.21 AST21 ALT24 Alk.59
 UA Sp.gr.1.020,Albumin neg,sugar Neg ,PH 5.0,Wbc0-1,Rbc not found, Epi 0-1
 แพทย์พิจารณาให้ กลับบ้านได้

กรณีศึกษาที่ 3 ชายไทย 64 ปี HN 64004/AN 65001375

แพทย์วินิจฉัยเป็น Ingested mushrooms / mushrooms poisoning

รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลวันที่ 15 พค 2564 เวลา 11.00น จำหน่ายกลับบ้าน 17พค 2564

ประวัติผู้ป่วย

อาการสำคัญ คลื่นไส้ อาเจียนเศษอาหาร 7 ครั้งถ่ายเหลว 6 ครั้ง ก่อนมา 3ชม.

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 7ชม.ก่อนมา ให้ประวัติรับประทานแกงเห็ดคั้นร่วม เก็บเอง

3ชม.ก่อนมา มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเศษอาหาร 7 ครั้งถ่ายเหลว 6 ครั้ง ไม่มีไข้ เหนื่อยเพลียจึงมา

โรงพยาบาล

รับประทานเห็ดด้วยกัน 2คนมีอาการ 2คน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต DM+ HT+CKD3

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธ

การประเมินสภาพ

การประเมินสภาพร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับโรค ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเศษอาหาร 7 ครั้ง
 ถ่ายเหลว 6 ครั้ง ไม่มีไข้ เหนื่อยเพลีย

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 86/40 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,BUN,Cr,Elyte,LFT,PT/INR,BS

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC12790 Hct30 Plt.268,000 Neu 84 Lym 10 Mono 4

Elyte Na 138 K5.56 Chloride 103 Co2 14.6

BUN 76 ,Cr 3.37 ,PT 11.5 INR 1.0 ,BS264

LFT :Total protein8.9 Albumin 4.9 Globulin 4.0 total bilirubin0.20 Direct bilirubin0.29

Indirect bilirubin0.09 AST34 ALT33 Alk.66

การรักษา/ยา/สารน้ำ ที่ได้รับ 0.9%NSS2000ml iv load then rate 100cc/hr.

PGS 4.9mu IV q 6 hr. ,Act Charcoal 50 gm oral stat then 25 gm q 4 hr. X 3 วัน

Cef-3 2gm iv OD,Metro 500mg iv q 8hr.

Kalimate 30gm +น้ำ50 ml oral q 3hr. ให้2 dose

สัญญาณชีพแรกรับก่อนย้ายจากER อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที
 ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณา Amit สังเกตอาการ

ระยะรับใหม่ รับเข้ารักษาที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร 15 พค 2564 เวลา20.30น.

แรกรับที่วอร์ด ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียนอาเจียน ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 1 ครั้ง ไม่มีไข้ ปวดแน่นท้อง
 เล็กน้อย เหนื่อยเพลีย

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 100/47 มิลลิเมตรปรอท

ให้ขึ้น Levophed (4:250) iv start rate 5cc/hr tited ทีละ3 ทุก 15 นาที

สัญญาณชีพหลังได้ยา 15 นาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 96/42 มิลลิเมตรปรอท

Tited Levophed(4:250) iv rate 8cc/hr

สัญญาณชีพหลังได้ยา 15 นาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 133/54 มิลลิเมตรปรอท แพทย์รับทราบ

ระยะต่อเนื่อง วันที่ 16 พค 2564 แพทย์ตรวจเย็บมอการ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องเล็กน้อย มีถ่ายเหลว
2 ครั้งไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน เหนื่อยเพลียเล็กน้อย อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88-90 ครั้ง/นาที
หายใจ 20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/62 มิลลิเมตรปรอท on Levophed(4:250) iv rate 8cc/hr

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Elyte Na 140.6 K5.54 Chloride 112.0 Co2 14.1

BUN 58 ,Cr 2.73

LFT :Total protein6.5 Albumin 3.7 Globulin 2.8 total bilirubin0.12 Direct bilirubin0.08

Indirect bilirubin0.04 AST19 ALT21 Alk.66

แพทย์พิจารณาให้ on 0.9% NSS iv rate 80cc/hr.ต่อ

Kalimate 30gm +น้ำ50 ml oral q 3hr. ให้4 dose

ให้ plasil 1Amp iv q 8 hr. ได้ยา 3 dose. Losec 40 mg iv OD.

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังแก้ K ครบ Elyte Na 141.5 K4.99 Chloride 112.3 Co2 14.7
อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต111/61 มิลลิเมตรปรอท Levophed(4:250) iv rate 3cc/hr then tited off ได้
ระยะจำหน่าย วันที่ 17 พค 2564 แพทย์ตรวจเย็บมอการ ผู้ป่วยมีอาการไม่มีอาการปวดท้องแล้ว
ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที
หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/62 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ,BUN,Cr,Elyte,LFT, UA

Elyte Na 145.1 K5.20 Chloride 114.4 Co2 15

BUN 29 ,Cr 1.75 PT 13.3 INR 1.16

LFT :Total protein6.7 Albumin 3.8 Globulin 2.9 total bilirubin0.12 Direct bilirubin0.07

Indirect bilirubin0.05 AST19 ALT19 Alk.46

UA Sp.gr.1.010,Albumin neg,sugar 3+ ,PH 5.0,Wbc2-3,Rbc 5-10, Epi 1-2

แพทย์พิจารณาให้ กลับบ้านได้ ให้ฉีดยา ATB Cef-3 2gm iv OD จนครบ 7 วันต่อ

ให้metro (400) 1*3 อีก 5วัน

กรณีศึกษาที่ 4 ชายไทย 68 ปี HN 71600/AN 64002919 แพทย์วินิจฉัยเป็น mushrooms poisoning
เข้ารับการรักษาวันที่ 31 ต.ค. 2564 เวลา 01.00น. จำหน่าย 3 พ.ย. 2564

รับประทานเห็ดด้วยกัน 3คนมีอาการ 1คน

ประวัติผู้ป่วย

อาการสำคัญ คลื่นไส้ อาเจียนเศษอาหาร 3ครั้งถ่ายเหลว 1 ครั้ง ก่อน มา 4 ชม.

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4ชม. ก่อนมา อาการวิงเวียน บ้านหมุน คลื่นไส้ อาเจียนเศษอาหาร 3ครั้ง
ถ่ายเหลว 1 ครั้ง หลังรับประทานแคงบด รับประทานเห็ดด้วยกัน 3 คนมีอาการ 1 คน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธ

การประเมินสภาพ

การประเมินสภาพร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับโรค ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียน บ้านหมุน คลื่นไส้ อาเจียนเศษอาหาร
3ครั้งถ่ายเหลว 1 ครั้ง

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 138/78 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,BUN,Cr,Elyte,LFT,PT/INR,BS,UA

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC13,410 Hct40 Plt.318,000 Neu 69.8 Lym 20.4 Mono 4.6
Elyte Na 136.4 K3.57 Chloride 101.5 Co2 27.6

BUN 12 ,Cr 0.92 ,PT 13.2 INR 1.16 ,BS107

LFT :Total protein8.0 Albumin 4.5 Globulin 3.5 total bilirubin0.39 Direct bilirubin0.21

Indirect bilirubin0.18 AST42 ALT27 Alk.55

UA Sp.gr.1.025,Albumin1+,sugar Neg ,PH 5.0,Wbc1-2,Rbc 0-1 , Epi 0-1

การรักษา/ยา/สารน้ำ ที่ได้รับ 0.9%NSSiv rate 80cc/hr.

PGS 4.27mu IV q 6 hr. ,Act Charcoal 50 gm oral stat then 25 gm q 4 hr. X 3 วัน

Losec 40 mg iv stat , plasil 1Amp iv q 8 hr. with Stat

ระยะรับใหม่ รับเข้ารักษาที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร วันที่ 31 ต.ค. 2564 เวลา 01.00น.

ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียน บ้านหมุน คลื่นไส้ อาเจียนเศษอาหาร 3ครั้งถ่ายเหลว 1 ครั้ง

พิจารณา Amit สังเกตอาการ

แรกรับที่วอร์ด เวลา 01.35น. สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที
หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท เหนื่อยเพลีย วิงเวียนลดลง

ระยะต่อเนื่อง วันที่ 1 พ.ย.2564 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยวิงเวียนลดลง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้
ไม่มีอาเจียน มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-76 ครั้ง/นาที หายใจ 20ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Elyte Na 138.8 K3.42 Chloride 105.9 Co2 26.5

BUN 8 ,Cr 0.91

LFT :Total protein6.9 Albumin 3.8 Globulin 3.1 total bilirubin0.38 Direct bilirubin0.14

Indirect bilirubin0.24 AST28 ALT18 Alk.49

UA Sp.gr.1.005,Albumin neg,sugar Neg ,PH 6.5,Wbc0-1,Rbc Not found , Epi Not found
 แพทย์พิจารณาให้ on 0.9%NSSiv rate 80cc/hr.ต่อ
 ให้ E.KCL 30mi oral 1Dose

วันที่ 2 พ.ย. 2564 แพทย์ตรวจเย็บมอการ ผู้ป่วยมีอาการมอการปวดท้องน้อยด้านซ้าย ท้องsoft no guarding ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ,BUN,Cr,Elyte,LFT, UA

Elyte Na 138.5 K3.64 Chloride 106.7 Co2 26.2

BUN 8 ,Cr 0.88 PT 14.3 INR 1.26

LFT :Total protein7.0 Albumin 3.9 Globulin 3.1 total bilirubin0.31 Direct bilirubin0.12

Indirect bilirubin0.19 AST26 ALT15 Alk.46

UA Sp.gr.1.010,Albumin neg,sugar Neg ,PH 6.5,Wbc0-1,Rbc not found, Epi not found

แพทย์พิจารณาให้ off iv, E.KCL 30mi oral 1Dose ,tramal 50 mg iv stat, plasil 10 mg IV stat

ระยะจำหน่าย วันที่ 3 พ.ย. 2564 แพทย์ตรวจเย็บมอการ ผู้ป่วยมีอาการไม่มีอาการปวดท้องแล้ว ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท

แพทย์พิจารณาให้ กลับบ้านได้

กรณีศึกษาที่ 5 ชายไทย 68 ปี HN 48358/AN 64003013 แพทย์วินิจฉัยเป็น mushrooms poisoning
 เข้ารับการรักษาวันที่ วันที่ 9 พ.ย.2564เวลา 02.15น. จำหน่าย 11 พ.ย. 2564

รับประทานเห็ดด้วยกัน 2 คนมีอาการ 1คน

ประวัติผู้ป่วย

อาการสำคัญ จุกแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ก่อน มา 1 ชม.

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 6ชม. ก่อนมา ให้ประวัติมีอาการจุกแน่นท้อง คลื่นไส้ไม่อาเจียนไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีไข้ ไม่มีวิงเวียน หลังรับประทานเห็ดขา รับประทานเห็ดด้วยกัน 2 คนมีอาการ 1คน

1 ชม.ก่อน มา จุกแน่นท้อง วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน 2 ครั้ง เหนื่อยเพลียจึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต HT ไม่ขาดยา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธ

การประเมินสภาพ

การประเมินสภาพร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับโรค ผู้ป่วยมีอาการจุกแน่นท้อง วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน 2 ครั้ง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,BUN,Cr,Elyte,LFT,PT/INR,BS,UA

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC9630 Hct34 Plt.250,000 Neu 59.7 Lym 22.2 Mono 4.8

Elyte Na 137.6 K3.60 Chloride 104.7 Co2 25.4

BUN 12 ,Cr 0.83 ,PT 13.7 INR 1.20 ,BS137

LFT :Total protein8.5 Albumin 4.6 Globulin 3.8 total bilirubin0.80 Direct bilirubin0.27
Indirect bilirubin0.53 AST32 ALT25 Alk.65

UA Sp.gr.1.005,Albumin neg ,sugar Neg ,PH 7.0,Wbc0-1,Rbc not found , Epi 1-2
การรักษา/ยา/สารน้ำ ที่ได้รับ 0.9%NSSiv rate 80cc/hr.

PGS 6.4 mu IV q 6 hr. ,Act Charcoal 50 gm oral stat then 25 gm q 4 hr. X 3 วัน
Losec 40 mg iv stat

ระยะรับใหม่ รับเข้ารักษาที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร วันที่ 9 พ.ย. 2564 เวลา 02.15 น.

ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียน จุกแน่นท้อง วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน 2 ครั้ง เหนื่อยเพลีย

พิจารณา Amit สังเกตอาการ

แรกรับที่วอร์ด เวลา 01.35น. สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที
หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท

ระยะต่อเนื่อง วันที่ 10 พ.ย.2564 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยวิงเวียนลดลง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มี
อาเจียน มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 84-86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Elyte Na 139 K3.84 Chloride 103.2 Co2 32

BUN 8 ,Cr 0.86 PT 14.1 INR 1.24

LFT :Total protein8.4 Albumin 4.5 Globulin 3.9 total bilirubin0.68 Direct bilirubin0.25
Indirect bilirubin0.43 AST28 ALT24 Alk.66

UA Sp.gr.1.005,Albumin neg,sugar Neg ,PH 6.5,Wbc0-1,Rbc Not found , Epi Not found
แพทย์พิจารณาให้ on 0.9%NSSiv rate 80cc/hr.ต่อ

ให้ losec 40 mg iv q 12 hr.

ระยะจำหน่าย วันที่11 พ.ย. 2564 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยไม่มีปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มี
อาเจียน อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ,BUN,Cr,Elyte,LFT, UA

Elyte Na 138.5 K3.64 Chloride 106.7 Co2 26.2

BUN 8 ,Cr 0.88 PT 13.3 INR 1.16

LFT :Total protein7.0 Albumin 3.9 Globulin 3.1 total bilirubin0.31 Direct bilirubin0.12
Indirect bilirubin0.19 AST26 ALT15 Alk.46

UA Sp.gr.1.010,Albumin neg,sugar Neg ,PH 8.0,Wbc0-1,Rbc not found, Epi not found
แพทย์พิจารณาให้ กลับบ้านได้

กรณีศึกษาที่ 6 หญิงไทย 51 ปี HN 33945/AN 64003164 แพทย์วินิจฉัยเป็น mushrooms poisoning เข้ารับการรักษาวันที่ วันที่ 25 พ.ย.2564 เวลา 11.30 น. จำหน่าย 27 พ.ย. 2564

รับประทานเห็ดด้วยกัน 2 คนมีอาการ 1คน

ประวัติผู้ป่วย

อาการสำคัญ วิงเวียน จุกแน่นท้อง หูอื้อทั้งสองข้าง ก่อนมา 1 ชม.

ก่อน มา 1 ชม.

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1ชม. ก่อนมา ให้ประวัติอาการวิงเวียน จุกแน่นท้อง หูอื้อทั้งสองข้าง คลื่นไส้ ไม่มีอาเจียนไม่มีครั้งถ่ายเหลว ไม่มีไข้ หลังรับประทานเห็ดไม่ทราบ รับประทานเห็ดด้วยกัน 2 คนมีอาการ 1คน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธ

การประเมินสภาพ

การประเมินสภาพร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับโรค ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียน จุกแน่นท้อง คลื่นไส้

สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 155/99 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC,BUN,Cr,Elyte,LFT,PT/INR

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC11,690 Hct31 Plt.320,000 Neu 52.6 Lym 41.2 Mono 4.6

Elyte Na 142.9 K2.68 Chloride 105.3 Co2 18.7

BUN 13 ,Cr 0.63 ,PT 12.8 INR 1.12

LFT :Total protein8.2 Albumin 4.1 Globulin 4.1 total bilirubin0.28 Direct bilirubin0.12

Indirect bilirubin0.16 AST22 ALT17 Alk.55

การรักษา/ยา/สารน้ำ ที่ได้รับ 0.9%NSS+kcl 40 meq iv rate 80cc/hr.

PGS 4.5mu IV q 6 hr. ,Act Charcoal 50 gm oral stat then 25 gm q 4 hr. X 3 วัน

หลังแก้ K ผล Elyte Na 133.7 K3.76 Chloride 104.2 Co2 20.3

ระยะรับใหม่ รับเข้ารักษาที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร วันที่ 25 พ.ย. 2564 เวลา 11.30 น.

ผู้ป่วยมีอาการผู้ป่วยมีอาการวิงเวียน จุกแน่นท้อง คลื่นไส้

พิจารณา Amit สังเกตอาการ

แรกเริ่มที่วอร์ด เวลา 11.30น. สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท เหนื่อยเพลีย วิงเวียนลดลง

ระยะต่อเนื่อง วันที่ 26 พ.ย.2564 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยวิงเวียนลดลง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้

ไม่มีอาเจียน มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-86 ครั้ง/นาที หายใจ 20ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Elyte Na 134.5 K3.92 Chloride 104.8 Co2 20.4

BUN 9 ,Cr 0.68 PT 13.7 INR 1.20

LFT :Total protein6.8 Albumin 3.5 Globulin 3.3 total bilirubin0.47 Direct bilirubin0.15

Indirect bilirubin0.32 AST17 ALT15 Alk.56

UA Sp.gr.1.005,Albumin neg,sugar Neg ,PH 6.5,Wbc2-3,Rbc >100 , Epi 0-1

แพทย์พิจารณาให้ off iv ได้

วันที่ 27 พ.ย. 2564 แพทย์ตรวจเยื่ออาการ ไม่มีวิงเวียน ไม่ปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ,BUN,Cr,Elyte,LFT, UA

Elyte Na 137.2 K3.96 Chloride 103.8 Co2 22.1

BUN 8 ,Cr 0.66

LFT :Total protein7.1 Albumin 3.9 Globulin 3.3 total bilirubin0.35 Direct bilirubin0.13

Indirect bilirubin0.22 AST19 ALT16 Alk.59

UA Sp.gr.1.010,Albumin neg,sugar Neg ,PH 6.5,Wbc2-3,Rbc10-20, Epi 0-1

แพทย์พิจารณาให้ กลับบ้านได้

สรุปกรณีศึกษา

เป็นหญิง 3 ราย ชาย 3 ราย อายุระหว่าง 23 -64 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการ คลื่นไส้ 6 ราย มีอาการคลื่นไส้ร่วมกับมีอาการถ่ายเหลว 4 ราย มีอาการจุกแน่นท้อง 1 ราย วิงเวียน 2 ราย มีไข้สูง 38 องศา 2 ราย ผู้ป่วยหญิงไทย 1 ราย อายุ 63 ปี มีประวัติ GFR 68.3 BS CKD Stage 2 และผู้ป่วยชาย อายุ 64 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ไม่มีประวัติโรคประจำตัวใดๆ มาก่อน ผู้ป่วยทุกรายให้ประวัติรับประทานเห็ดที่เก็บจากป่าในบริเวณหมู่บ้าน และเป็นเห็ดที่เคยรับประทานมาก่อน เช่น เห็ดคันร่ม เห็ดโค เห็ดปลวก ผู้ป่วยให้ประวัติเริ่มมีอาการหลังรับประทานเห็ด 1-7 ชั่วโมง

ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และได้รับการรักษาในรูปแบบเดียวกัน คือ 0.9 NSS iv 80cc/hr losec 20 mg 1x1 PGS IV q 6 hr x 3 day MDAC 50 gm Oral then 25 g q 6 x 3 day และมีการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะติดตามดูผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบ 3 วันทุกราย

มีผู้ป่วย 3 ราย ได้รับยาต้านการอาเจียน คือ Plasil 1 amp iv และได้รับการเฝ้าระวังภาวะเป็นพิษต่ออวัยวะสำคัญด้วยการตรวจหน้าที่ของ ไต ตับ การแข็งตัวของเลือด ผลการเฝ้าระวังไม่พบอาการที่เป็นพิษต่อไตหรือตับ ไม่มีอาการการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีผู้ป่วย 1 ราย มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำDM+ HT+CKD3 ด้วย แพทย์ได้ให้สารน้ำละลายยาเพื่อปรับประคองอาการทำให้ผู้ป่วยฟื้นภavnนั้นและสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย มีผู้ป่วยภาวะ Protassium ในเลือดต่ำ 1 ราย ผู้ป่วยทั้ง 6 รายได้รับการรักษาและได้ D/C กลับบ้านได้ 4 ราย ได้รับการรักษาเป็นเวลา 3 วัน และมี 2 รายรับการรักษา 4 วัน เนื่องจากมีภาวะ Protassium ในเลือดต่ำ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากเห็ด ปี 2562-2564

ข้อมูล	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าได้รับสารพิษจากเห็ด	28 ราย	30 ราย	57 ราย
- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ	27 ราย 96.43%	30 ราย 100%	57 ราย 100%
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาล	18 ราย 64.29%	27 ราย 90.00%	48 ราย 84.24%
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการส่งต่อ	8 ราย 28.57%	2 ราย 6.66%	8 ราย 14.02%
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการตรวจกลับ	1 ราย 3.57%	1 ราย 3.33%	1 ราย 1.75%
- อุบัติการณ์เสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากเห็ด	0 ราย	0 ราย	0 ราย
- ความตระหนักของผู้ป่วยเข้ารับการรับการรักษาอย่างรวดเร็วภายใน 5 ชม.	4 ราย 14.28%	5 ราย 16.66%	17 ราย 29.82%

ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้แต่ในการด้านการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการเรียนรู้พัฒนาการต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติให้มากที่สุด

เชิงคุณภาพ

1. พยาบาลสามารถประเมินและให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากเห็ดได้อย่างถูกต้อง
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
4. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วย รับทราบถึงกระบวนการรักษา การดำเนินของโรคและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่รับประทานเห็ดพิษ
2. พัฒนาและปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติ (CPG : Clinical Practice Guideline) เรื่อง Mushroom Poisoning ให้ทันสมัยอยู่เสมอ
3. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการในการพัฒนางานด้านวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่รับประทานเห็ดพิษ (Mushroom Poisoning)
4. จัดให้มีประชุมทางวิชาการ Mushroom Poisoning เป็นกรณีศึกษา case ที่มีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อหาแนวทางการแก้ไข และดูแลรักษา ปรับแผนการรักษาและพัฒนาการปฏิบัติให้ดีขึ้น
5. ใช้เป็นข้อมูลในการทบทวนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่รับประทานเห็ดพิษ (Mushroom Poisoning) ทั้งก่อนและหลังมารับการรักษาที่โรงพยาบาล
6. ใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาสู่งานวิจัยและงานคุณภาพเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

7. จัดอบรมเพื่อให้ความรู้กับประชาชนทั่วไป เรื่องเห็ดพิษ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดรับสารพิษเข้าสู่ร่างกาย
8. จัดทำการป้องกันการได้รับเห็ดพิษเชิงรุก โดยการค้นหาพื้นที่ที่พบเห็ดพิษ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน และชุมชน ได้ทราบร่วมกัน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในช่วงฤดูฝนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากในช่วงเข้าสู่ฤดูฝน เห็ดหลายชนิดจะเจริญเติบโตได้ดี โดยเฉพาะเห็ดป่าในพื้นที่ธรรมชาติ ซึ่งเห็ดป่า มีทั้งเห็ดที่รับประทานได้ และเห็ดพิษที่ไม่สามารถรับประทานได้ ซึ่งเห็ดดังกล่าวมีลักษณะใกล้เคียงกันมาก อาจทำให้สับสนได้ โดยทั่วไป ประชาชนมักจะเก็บเห็ดที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือเห็ดที่ขึ้นใกล้ที่พักอาศัยมารับประทาน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่พบ การเกิดโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ คือการขาดประสบการณ์ในการสังเกตชนิดของเห็ดและการจำแนกชนิดของเห็ดที่รับประทานได้และรับประทานไม่ได้ หรือการรับประทานร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และเห็ดพิษไม่สามารถทำลายพิษได้ด้วยความร้อน หากเก็บเห็ดมารับประทานแล้วพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ปวดท้อง เป็นตะคริวที่ท้อง ซึ่งเกิดภายหลังการรับประทานภายใน 6-24 ชั่วโมง หากเกิน 24 ชั่วโมงจะทำให้เกิดภาวะไตวาย ตับวายจนทำให้เสียชีวิตได้

ภาวะได้รับสารพิษเข้าสู่ร่างกายเป็นกลุ่มอาการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เสี่ยงสูง พยาบาลจึงควรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย โอกาสเสียชีวิตจะลดลง ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยที่รับประทานเห็ดพิษจะมีปัญหาเรื่องการขาดความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับการชนิดเห็ด และอันตรายจากการรับประทานเห็ดพิษ ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยเคยรับประทานเห็ดลักษณะคล้ายเห็ดชนิดที่รับประทานมาแล้วหลายครั้ง และไม่ได้รับอันตราย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่ล่าช้า จนกระทั่งทำให้การดำเนินของโรคเกิดความรุนแรง

ดังนั้นการแนะนำผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้เบื้องต้นในวิธีการสังเกตว่าเห็ดชนิดใดเป็นเห็ดพิษโดยสามารถอ่านข้อมูลได้จากเว็บไซต์ของโรงพยาบาลโพธิ์ไทรและตัวพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงวิธีการสังเกตดังนี้ เริ่มจาก เห็ดไข่ ถ้าเป็นเห็ดพิษภายนอกจะมีลักษณะผิวแตกเป็นตา ก้านตัน ผิวด้านขาว ไม่มีริ้ว ส่วนเห็ดที่รับประทานได้จะมีผิวเรียบ ก้านโปร่ง ผิวมันเหลืองนวลและมีริ้ว

ธรรมชาติของเห็ดพิษสังเกตง่าย ๆ คือดอกเห็ดจะมีรูปร่างสวยงามแตกต่างกันแล้วแต่ชนิดของเชื้อ มักจะมีสีส้ม ที่อุจูดาด เช่น สีส้ม สีเหลือง สีเทา สีขาว เมื่อบริโภคเข้าไปแล้วอาจจะเกิดอาการขึ้นทันทีหลังจากรับประทาน หรืออาจใช้เวลาหลายชั่วโมง หรือเป็นวัน บางชนิดพิษของเห็ดออกฤทธิ์ช้าได้ถึง 14 วัน ความรุนแรงของอาการแล้วแต่ชนิดของเห็ดพิษ และปริมาณ ที่รับประทานเข้าไป มีอาการเริ่มแรกคือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว บางรายอาจมีมึนงง เจ็บหน้าอก หน้าแดง ง่วงซึม ปากชา น้ำลายไหล ใจสั่นเป็นตะคริว อ่อนเพลีย ถ้าพบอาการดังกล่าว ให้รีบไปรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านทันที

เห็ดพิษที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ส่วนใหญ่ เป็นเห็ดกลุ่มเห็ดตระกูล เห็ดระโงกมีหลายสี หลายชนิด เช่น เห็ดระโงกหินหรือเห็ดไข่ตายซาก หมวกเห็ดเป็นรูปวงกลม ขอบไม่มีริ้ว ผิวด้านในของ เยื่อหุ้มรูปถ้วยแนบกับโคน ก้าน เมื่อบานออกมาเป็นรูปกระทะคว่ำ เห็ดระโงกหินหรือเห็ดไข่เป็ด หมวกเห็ดเป็นรูปกระทะคว่ำสีขาว ลักษณะคล้ายเห็ดตายซาก แตกต่างกันที่มีขนรุงรังก้านดอก เห็ดระโงกตีนเป่าพิษร้ายแรงมาก เมื่อดอกยังตูมจะแยกไม่ออกว่าเป็นเห็ดระโงกมีพิษหรือไม่ เพราะเหมือนกับเห็ดระโงกที่รับประทานได้

ส่วนอาการผู้ที่ได้รับประทานเห็ดพิษ เริ่มแรกจะมีคลื่นไส้ ใจสั่น ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บหน้าอก ตัวชา และสิ่งที่ต้องรีบปฏิบัติ คือ ต้องทำให้ผู้ป่วยอาเจียนออกมาให้มากที่สุด และ รีบนำตัวส่งโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมง เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง

ตารางเปรียบเทียบลักษณะเห็ดพิษและเห็ดรับประทานได้

เห็ดพิษ	เห็ดรับประทานได้
1. ส่วนใหญ่เจริญงอกงามในป่า	1. ส่วนใหญ่เจริญในทุ่งหญ้า
2. ก้านสูง ลำต้นโป่งพองออก โดยเฉพาะที่ฐาน กับที่วงแหวนเห็นชัดเจน	2. ก้านสั้น อ้วนป้อมและไม่มีโป่งพองออก ผิวเรียบไม่ขรุขระ ไม่มีสะเก็ด
3. สีผิวของหมวกมีได้หลายสี เช่น สีมะนาว ถึงสีส้ม สีขาวถึงสีเหลือง	3. สีผิวของหมวกส่วนใหญ่เป็นสีขาวถึงสีน้ำตาล
4. ผิวของหมวกเห็ดส่วนมากมีเยื่อหุ้มดอกเห็ดเหลืออยู่ ในลักษณะที่ดึงออกได้ หรือเป็นสะเก็ดติดอยู่	4. ผิวของหมวกเห็ดเรียบจนถึงเป็นเส้นใยและ เหมือนถูกกดจนเป็นแผ่นบาง ๆ ดึงออกยาก
5. ครีบแยกออกจากกันชัดเจน มักมีสีขาว บางชนิดสีแดงหรือสีเขียวมเหลือง	5. ครีบแยกออกจากกัน ในระยะแรกเป็นสีชมพู แล้วเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล
6. สปอร์ใหญ่มีสีขาวหรือสีอ่อน มีลักษณะใส ๆ รูปไข่กว้าง	6. สปอร์สีน้ำตาลอมม่วงแก่รูปกระสวยกว้าง

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

การปฐมพยาบาลนั้น ที่สำคัญที่สุดคือ ทำให้ผู้ป่วยอาเจียนเอาเศษอาหารที่ตกค้างออกมาให้มาก และทำการช่วยดูดพิษจากผู้ป่วยโดยวิธีใช้น้ำอุ่นผสมผงถ่าน activated charcoal แล้วดื่ม 2 แก้ว โดยแก้วแรกให้ล้วงคอให้อาเจียนออกมาเสียก่อนแล้วจึงดื่มแก้วที่ 2 แล้วล้วงคอให้อาเจียนออกมาอีกครั้ง จึงนำส่งแพทย์พร้อมกับตัวอย่างเห็ดพิษหากยังเหลืออยู่ หากผู้ป่วยอาเจียนออกยากให้ใช้เกลือแกง 3 ช้อนชาผสมน้ำอุ่นดื่ม จะทำให้อาเจียนได้ง่ายขึ้น แต่วิธีนี้ห้ามใช้กับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ

อนึ่งห้ามล้างท้องด้วยการสวนทวารหนักโดยพลการ วิธีนี้ต้องให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยเท่านั้น เพราะวิธีนี้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหากร่างกายขาดน้ำ

หลังจากปฐมพยาบาลผู้ป่วยแล้วให้รับนำส่วนแพทย์โดยด่วน พร้อมกับตัวอย่างเห็ดพิษ (หากยังเหลืออยู่) หรืออาจจะทำการปฐมพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างนำส่งแพทย์ด้วยก็ได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรงพยาบาลโพธิ์ไทรตั้งอยู่ในเขตจังหวัดของภาคอีสานของประเทศไทย ซึ่งตั้งอยู่บริเวณเขตร้อนชื้น มีภูมิอากาศเหมาะสมแก่การเจริญเติบโต และขยายพันธุ์ของจุลินทรีย์, เห็ด, รา ในช่วงฤดูฝนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเก็บเห็ดที่มีจำนวนมากที่ขึ้นจากธรรมชาติ เพื่อมาประกอบอาหารจึงถือเป็นเรื่องปกติของประชากรที่อาศัยอยู่ในละแวกนี้ ดังนั้นโอกาสที่จะมีการเก็บเห็ดพิษมารับประทานจึงเกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับชนิดเห็ด ซึ่งจากการเก็บสถิติการมารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อปีจะพบว่ายอดการรักษาผู้ป่วยที่รับประทานเห็ดพิษมีจำนวนมากไม่น้อยกว่าโรค

เห็ดป่า มีทั้งเห็ดที่รับประทานได้ และเห็ดพิษที่ไม่สามารถรับประทานได้ ซึ่งเห็ดดังกล่าวมีลักษณะใกล้เคียงกันมาก อาจทำให้สับสนได้ โดยทั่วไปประชาชนมักจะเก็บเห็ดที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือเห็ดที่ขึ้นใกล้ที่พักอาศัยมารับประทาน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่พบการเกิดโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ คือการขาดประสบการณ์ในการสังเกตชนิดของเห็ดและการจำแนกชนิดของเห็ดที่รับประทานได้และรับประทานไม่ได้ หรือการรับประทานร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และเห็ดพิษไม่สามารถทำลายพิษได้ด้วยความร้อน หากเก็บเห็ดมารับประทานแล้วพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว บวบท้อง เป็นตะคริวที่ท้อง ซึ่งเกิดภายหลังการรับประทานภายใน 6-24 ชั่วโมง หากเกิน 24 ชั่วโมงจะทำให้เกิดภาวะไตวาย ตับวายจนทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มาปรึกษาโรคดังกล่าวในโรงพยาบาล จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลจะจัดให้ผู้ป่วยได้นอนพักในเตียงที่อยู่โซนใกล้พยาบาล และต้องได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเคร่งครัดเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากโรค

ผู้ป่วยที่มาปรึกษาการรักษาด้วยโรคทางเดินอาหารเป็นพิษในโรงพยาบาลส่วนมากมักจะขาดความรู้ขาดการสังเกต รวมถึงวิธีการปรุง หรือการรับประทานที่ทำให้เกิดพิษขึ้นได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้ามาปรึกษาปรึกษามักจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคค่อนข้างมาก เพราะอาการที่นำมาทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาล จะมีอาการค่อนข้างรุนแรง อาเจียน ถ่ายเหลว วิงเวียนและเหนื่อยเพลียมาก จึงมีความวิตกกังวลมาก ประกอบกับที่ โรงพยาบาลโพธิ์ไทร เคยมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคอาหารเป็นพิษ พบผู้เสียชีวิต 2 ราย หลังรับประทานแกงเห็ด นอกจากโรคทางกายที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทางเดินอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและการให้ความรู้เรื่องเห็ดพิษก็สำคัญมากเช่นกัน

9. ข้อเสนอแนะ

1. พื้นที่ ที่เคยมีรายงาน พบผู้ป่วยที่รับประทานเห็ดพิษและเสียชีวิตมาก่อน เห็ดพิษรุนแรงนี้สามารถเติบโตซ้ำได้ทุกปี ฉะนั้นต้องสร้างความตระหนักถึงความสำคัญที่จะพบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษได้เสมอ โดยเฉพาะช่วงต้นฤดูฝน

2. ควรมีการประชาสัมพันธ์เรื่องการบริโภคเห็ดและเห็ดพิษให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นพิเศษเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้ความร่วมมือและกระตุ้นในพื้นที่ที่เคยมีการเกิดโรค

3. ฝึกอบรมทบทวนความรู้ให้แก่แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีแนวทางการดูแลรักษา การเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษอาจมีสาเหตุมาจากการรับประทานเห็ดป่าและมีอาการรุนแรงเช่นตับวายตามมามากมายหลังได้

4. สร้างระบบเฝ้าระวังในฤดูฝนเป็นพิเศษในพื้นที่ที่เคยมีการระบาดของโรคหรือเคยมีผู้ป่วยเสียชีวิต

5. หากพบผู้เสียชีวิตควรมีการสอบสวนโรคและเก็บตัวอย่างเห็ดป่า มาตรวจแยกชนิดเห็ดและตรวจหาความเป็นพิษ เพื่อที่จะได้ทราบว่า มีเห็ดพิษร้ายแรงชนิดใดอยู่ในพื้นที่และประกาศเตือนประชาชนในพื้นที่ต่อไป

6. แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกระดับ หากพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ จากการรับประทานเห็ด ต้องให้ผู้ป่วย นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือ นัดติดตาม อาการทุกวัน จนกว่าจะหายเป็นปกติ เนื่องจาก เห็ดพิษชนิดร้ายแรง เช่น Amanita ทำให้ผู้ป่วยมี เพียงอาการคลื่นไส้ อาเจียน เท่านั้นใน 24 ชั่วโมงแรก แต่หลังจาก 24 ชั่วโมงไปแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงตามมา ได้แก่ การทำงาน ของตับ และไตล้มเหลว ทำให้เสียชีวิตได้

7. ควรมีการพัฒนาศักยภาพ และวิธีการตรวจหาสารพิษในพื้นที่ (Test kit) รวมทั้งวิธีการเก็บ และการนำส่งตัวอย่างเห็ดพิษ เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิทยาศาสตร์การแพทย์ แก่ทีมสอบสวนโรคในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพ และ เครือข่าย ในการตรวจยืนยันเห็ดพิษทางห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในส่วนภูมิภาค

8. จัดทำโปสเตอร์สื่อรูปเห็ดพิษ พร้อมชื่อตามภาษา ท้องถิ่น และรูปเห็ดที่รับประทานได้ แจกจ่ายไปในพื้นที่ที่มีการรายงานการเจ็บป่วย ด้วยเห็ดพิษทุกหมู่บ้าน ไว้ตามสถานที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน วัด ตลาด และหน่วยงานการเกษตร เป็นต้น

การนำเห็ดมาประกอบอาหารควรปฏิบัติดังนี้

1. การรับประทานอาหารที่ประกอบขึ้นด้วยเห็ด ควรจะรับประทานแต่พอควร อย่ารับประทานจนอิ่มมากเกินไป เพราะเห็ดเป็นอาหารที่ย่อยยาก อาจจะทำให้ผู้มีระบบย่อยอาหารที่อ่อนแอเกิดอาการอาหารเป็นพิษได้

2. ควรระมัดระวัง คัดเห็ดที่เน่าเสียออกเพราะเห็ดที่เน่าเสียจะทำให้เกิดอาการอาหารเป็นพิษได้

3. อย่ารับประทานอาหารที่ปรุงขึ้นสุก ๆ ดิบ หรือเห็ดดิบดอง เพราะเห็ดบางชนิดยังคงมีพิษอย่างอ่อนเหลืออยู่ ผู้รับประทานจะไม่รู้สึกตัวว่ามีพิษ จนเมื่อรับประทานหลายครั้งก็สะสมพิษมากขึ้น และเป็นพิษร้ายแรงถึงกับเสียชีวิตได้ในภายหลัง

4. ผู้ที่รู้ตัวเองว่าเป็นโรคภูมิแพ้เกี่ยวกับเห็ดบางชนิด หรือกับเห็ดทั้งหมด ซึ่งถ้ารับประทานเห็ดเข้าไปแล้ว จะทำให้เกิดอาการเบื่อเมา หรืออาหารเป็นพิษ จึงควรระมัดระวัง รับประทานเฉพาะเห็ดที่รับประทานได้โดยไม่แพ้ หรือหลีกเลี่ยงจากการรับประทานเห็ด

5. ระมัดระวังอย่ารับประทานเห็ดพร้อมกับดื่มสุรา เพราะเห็ดบางชนิดจะเกิดพิษทันที ถ้าหากดื่มสุราหลังจาก รับประทานเห็ดแล้วภายใน 48 ชั่วโมง เช่น เห็ดหิ่งห้อย เห็ดน้ำหมึกหรือเห็ดถั่ว (*Coprinus atramentarius*) แม้แต่เห็ดพิษอื่นทั่วไป หากดื่มสุราเข้าไปด้วย ก็จะเป็นการช่วยให้พิษกระจายได้รวดเร็วและรุนแรงขึ้นอีก

10. การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวชุตินา ศรีกุลวงศ์ สัดส่วน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)*ชุตินา*.....*ศรีกุลวงศ์*.....

(นางสาวชุตินา ศรีกุลวงศ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ

(วันที่)*6*...../*สิงหาคม*...../*2564*.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1.ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสาวชุตีมา ศรีกุลวงศ์	
2.ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	
3.ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	

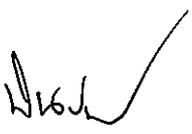
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นายชยพล ธนกิจเจริญสกุล)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาการชำนาญการพิเศษ
 (วันที่) / /
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)


(นางสาวธรรมพร ปรีสุพันธ์)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร
 (วันที่) / /
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป


 (นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)
 นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
 รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๖

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับขานาญการ และระดับขานาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากเห็ด
2. หลักการและเหตุผล

โรค การพยาบาลผู้ป่วยได้รับเห็ดพิษ

โรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ (Mushroom poisoning) เป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรม และสภาพภูมิศาสตร์ของประเทศไทย ที่มีอุณหภูมิ และภูมิอากาศที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเห็ด และเป็นอาหารที่นิยมของประชาชนในพื้นที่ ส่วนมากเกิดจากการนำเห็ดจากป่าเขา หรือภูมิประเทศที่เหมาะสมมารับประทาน เนื่องจากลักษณะของเห็ดที่เกิดตามธรรมชาติมีความหลากหลายทำให้นำมาบริโภคจำแนกชนิดของเห็ดมีพิษ และไม่มีพิษได้ยาก ทำให้แต่ละปีมีรายงานผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดป่วยอยู่เสมอ และพบว่ามีความโน้มของอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี เห็ดพิษที่พบในประเทศไทยมีความรุนแรงต่อระบบทางเดินอาหาร ในระดับตั้งแต่ไม่รุนแรงจนกระทั่ง เห็ดพิษที่รุนแรงทำอันตรายจนเสียชีวิต

สำนักโรคบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ จากการรับประทานเห็ดในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 163 ราย อัตราป่วย 0.25 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยร้อยละ 94.62 อยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงกว่าภาคอื่น ๆ มาตลอดเนื่องจากเห็ดมีการเจริญเติบโตตามฤดูกาล จึงพบว่า ผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดมากในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือน พฤษภาคม - กันยายน เป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 71.20 และเป็นผู้ป่วยใน ร้อยละ 28.80

วันที่ 25 พฤษภาคม 2555 โรงพยาบาลโพธิ์ไทร มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคอาหารเป็นพิษ พบผู้เสียชีวิต 2 ราย เพศชาย 1 ราย อายุ 86 ปี เพศหญิง 1 ราย อายุ 78 ปี หลังรับประทานแกงเห็ดที่ชาวบ้านเรียกว่าเห็ดขี้ไก่เดือน (เห็ดใส่เดือน) ซึ่งถูกขายเก็บจากป่าท้ายหมู่บ้าน เห็ดลักษณะสีขาวคล้ายเห็ดโคน รับประทานทั้งครอบครัวรวม 7 คน ป่วยทั้งหมด หลังรับประทานประมาณ 3 ชั่วโมง เริ่มมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเป็นน้ำหลายครั้ง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 6 ราย เสียชีวิต 2 ราย มีภาวะตับวาย

โรงพยาบาลโพธิ์ไทร มีสถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคอาหารเป็นพิษ จากการรับประทานเห็ดในปี พ.ศ. 2563-2565(ปี 2565 นับถึงเดือนกรกฎาคม 2565) จำนวน 70, 72 และ 44 ราย ตรวจกลับ 21,18 และ 17 ราย ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล 43, 47 และ 23 ราย และต้องส่งต่อ 6, 7 และ 4 ราย ตามลำดับ และใน 3 ปีย้อนหลังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ดังนั้นผู้ทำการศึกษาจึงมีความสนใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเห็ดพิษ ได้อย่างถูกต้อง ทันท่วงที ลดความรุนแรงของโรค เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขต้องให้ความรู้เรื่องเห็ดและการแจ้งเตือนแก่ประชาชนในการบริโภคเห็ด และสามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคได้ต่อไป

พยาธิสรีระวิทยาของโรค

ในประเทศไทยมักพบเห็ดพิษในสกุล Amanita, Galcrina และสกุล Lcpiota ซึ่งปัจจุบันมัก พบเห็ดในสกุล Amanita นี้ 2 ชนิด คือ

1. Amanita verna.(Bull.cx.Fr) Vitt. ซึ่งทางภาคเหนือบางท้องที่ เรียกเห็ดไข่ตายซาก (ฮาก) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเรียกเห็ดระโงกหิน

2. *Amanita virosa* Secr. เรียกเห็ดไข่เป็ด หรือเห็ดระโงกหิน ขนาดของ amatoxin ที่ทำให้คนกินตาย ประมาณ 0.1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

การวินิจฉัยโรค

1. วินิจฉัยค้นหาสาเหตุจากการซักประวัติ การรับประทานเห็ดพิษ
2. วินิจฉัยภาวะเป็นพิษต่อร่างกาย ด้วยการติดตามการทำงานของอวัยวะในเช่น ตับ ไต
3. วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ การวินิจฉัยความรุนแรงของการขาดสารน้ำ การวินิจฉัยภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เป็นต้น

การรักษาผู้ป่วยที่บริโภคเห็ดพิษ

การรักษาผู้ป่วยจากการบริโภคเห็ดพิษ ที่สำคัญที่สุดคือ การประคับประคอง ให้ผู้ป่วยฟื้นชีวิตอันตราย ลดปริมาณสารพิษที่ได้รับ และเร่งขับสารพิษออกจากร่างกาย ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่อาเจียน ควรกระตุ้นให้อาเจียน หรือใช้สายสวนล้างกระเพาะอาหาร ให้ผงถ่านเพื่อช่วยดูดซึมสารพิษด้วยผง activated charcoal ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการท้องร่วง ควรให้ยาระบายด้วย โดยปกติจะทำหลังจากที่ให้การปฐมพยาบาลผู้ป่วย และจะรักษาตามลักษณะอาการของสารพิษที่ได้รับ ทั้งนี้จะเป็นการตัดสินใจของแพทย์ผู้รักษา และ แนวทางการรักษา เป็นประโยชน์ในการช่วยตัดสินใจได้ง่ายขึ้น

การวินิจฉัยถึงชนิดของสารพิษที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้การรักษาที่เฉพาะด้วยการสัมภาษณ์ประวัติ รับประทานเห็ดที่ชนิด ผู้คนที่รับประทานร่วมด้วยมีอาการหรือไม่ เวลาที่รับประทาน และเน้นเวลาเริ่มเกิดอาการ ถ้าอาการเกิดขึ้นหลัง 6 ชั่วโมง Cyclopeptide, Monomethyl hydrazine หรือ Orel line

ลักษณะทางพิษวิทยา ดังนี้

1. สารพิษพวก Amanitin และ Helvellic acid

1.1 หลังจากการปฐมพยาบาล โดยการล้วงคอให้ผู้ป่วยอาเจียนแล้ว ให้ล้างกระเพาะ (Gastric lavage) โดยใช้ น้ำสุก 1 – 2 ลิตร ผสม activated charcoal (ผงถ่าน) ต้มและทำ Colonic lavage เพื่อไม่ให้มีเศษอาหาร เหลืออยู่ในระบบทางเดินอาหาร

1.2 การรักษาเสริมเพื่อช่วยฟื้นฟูปatient (Supportive treatment) ให้กลูโคส (Glucose N.S.S) ทางเส้นเลือดดำ จากนั้นให้ methionine และวิตามินบำรุงตับบางครั้ง อาจใช้ thioctic acid (Alpha-lipoic acid) ผสมกับ กลูโคส หรือน้ำเกลือเข้าทางเส้นเลือดดำ 300-500 มิลลิกรัมต่อวัน (50-150 มิลลิกรัมทุก 6 ชั่วโมง) จะช่วยรักษา ตับและไตดีขึ้น

1.3 การใช้ Antiphallid serum ใช้ในฝรั่งเศสเรียกว่า antidote

1.4 การถ่ายพิษในกระเพาะออกโดยวิธี Hemodialysis บางแห่งใช้ Penicillin-G (250 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน) ร่วมกับ Choramphenicol และ Sulphamethoxazole ซึ่งจะช่วยขับถ่ายสารพิษพวก อะมานิติน

2. สารพิษ Muscarine

ทำการปฐมพยาบาลดังกล่าวในข้อ 1 แล้วใช้วิธี Antidote โดยฉีด atropine sulfate เข้าหลอดเลือดดำ โดยฉีดครั้งละ 0.5 - 1.0 มิลลิกรัม ถ้าจำเป็นอาจฉีดทุกครึ่งชั่วโมง ถ้าเป็นเด็กใช้เพียง 0.05 มิลลิกรัม

3. สารพิษ Gyromitrin

พบในเห็ดสกุล *Gyromitra* หลังจากการปฐมพยาบาลในข้อ 1 แล้ว ให้เพิ่มวิตามิน B6 ขนาด 250 มิลลิกรัม ต่อกิโลกรัมต่อวัน (ให้ครั้งละ 25 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ทางหลอดเลือดดำ)

ลักษณะของภัยคุกคาม (Hazard)

1. พิษต่อตับ

สารชีวพิษจากเห็ดที่มีพิษต่อตับได้แก่ สารในกลุ่ม cyclopeptides เห็ดที่มีสารชีวพิษชนิดนี้ เป็นอันตรายมากที่สุด cyclopeptides ประกอบด้วยสารชีวพิษ 2 จำพวกได้แก่ amatoxins และ phallotoxins

Amatoxins ถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร เป็นสารที่มีพิษรุนแรงต่อเซลล์ ทำให้ตับถูกทำลาย นอกจากนี้ยังเป็นพิษต่อไต ตับอ่อน ต่อมหมวกไต กล้ามเนื้อ และสมอง สามารถตรวจพบได้โดยการทดสอบ Meixner โดยหยดน้ำจากกระเพาะอาหาร หรือ คั้นน้ำจากเห็ด หยดลงบนกระดาษกรอง แล้วทิ้งไว้ให้แห้ง หยดกรดเกลือ (HCl) เข้มข้นลงไป ถ้ามีสารพิษจะมีสีฟ้าเกิดขึ้นในครึ่งชั่วโมง สารนี้จะถูกขับออกทางไต

phallotoxins เป็นสารที่เป็นพิษต่อตับรุนแรงมาก แต่ถูกดูดซึมได้น้อยจากทางเดินอาหาร จึงเป็นพิษต่อร่างกายน้อย ทำให้เกิดอาการคล้ายทางเดินอาหารอักเสบในช่วงต้นเท่านั้น

2. พิษต่อระบบประสาทกลาง

สารชีวพิษจากเห็ดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลางมี 2 จำพวกได้แก่

2.1 Monomethyl hydrazine (Gyromitrin) เห็ดที่มีสารชีวพิษชนิดนี้ ออกฤทธิ์การสร้างสารสื่อประสาท หลังจากผู้ป่วยรับประทานเห็ดที่มีสารพิษชนิดนี้ 6-24 ชั่วโมง จะเริ่มมีอาการ มึนงง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน และเป็นตะคริว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการช่วงนี้ไม่มากนัก หลังจากนั้นอาจมีอาการเพ้อ ชัก จนถึงหมดสติได้ นอกจากนี้อาจเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตก สุดท้ายอาจเกิดภาวะตับวาย และไตวาย จนเป็นสาเหตุให้ถึงแก่กรรมได้

2.2 Indoles (psilocin-psilocybin) เห็ดที่มีสารชีวพิษในกลุ่มนี้ ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาททำให้ประสาทหลอน หลังจากรับประทานประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกเคลิบเคลิ้ม ตามด้วยการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง และประสาทหลอน มีอาการเดินโซเซ ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่ ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดลด มีอาการแสดงของระบบประสาทกลางถูกกระตุ้น

3. พิษต่อระบบประสาทอัตโนมัติ

สารชีวพิษจากเห็ดที่ออกฤทธิ์เด่นต่อระบบประสาทอัตโนมัติที่สำคัญมี 2 จำพวก คือ

3.1 Muscarine เห็ดพันธุ์ที่มีสารชีวพิษชนิดนี้ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท หลังรับประทานเห็ดที่มีสารชีวพิษชนิดนี้ประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง จะเกิดอาการเรียกว่า "cholinergic crisis" ซึ่งประกอบด้วยหัวใจเต้นช้า หลอดลมหดเกร็ง เสมหะมาก ม่านตาหดเล็ก น้ำลายฟูมปาก น้ำตาไหล ปัสสาวะอุจจาระราด และอาเจียน เนื่องจากสารชีวพิษชนิดนี้ถูกดูดซึมผ่านทางระบบทางเดินอาหารได้น้อย และถูกทำลายได้ด้วยความร้อน การปรุงอาหารจึงสามารถทำลายสารชีวพิษชนิดนี้ได้

3.2 Ibotenic acid และ muscimol เห็ดที่สร้างสารชีวพิษชนิดนี้ มีผลต่อระบบประสาท เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนแปลงโดยวิธี decarboxylation เป็น muscimol ซึ่งมีฤทธิ์เพิ่มขึ้น 5-10 เท่าภายใน 30 นาที หลังจากรับประทานเห็ดที่มีสารชีวพิษชนิดนี้ จะเกิดอาการเมา ทำให้เดินโซเซ เคลิ้มฝัน ประสาทหลอน และอะอะไว้วาย อาการจะกลับคืนสู่สภาพปกติใน 1-2 วัน

4. พิษต่อไต

สารชีวพิษจากเห็ด ซึ่งมีพิษต่อไตเป็นอาการเด่น คือสารพิษกลุ่ม bipyridyl ซึ่งทนต่อความร้อน ทำให้น้ำอัสคอบ และ เป็นพิษต่อตับด้วย อาการเริ่มต้นเกิดขึ้นใน 24-36 ชั่วโมงหลังรับประทาน ผู้ป่วยจะมีอาการ

กระเพาะอาหารอักเสบ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ หนาวสั่น และปวดกล้ามเนื้อ ภายหลังผู้ป่วยจะมีอาการไตวายอย่างช้าๆ และเรื้อรัง เนื่องจากอาการจากสารพิษกลุ่มนี้เกิดขึ้นช้า

5. พิษร่วมกับ alcohol คล้าย disulfiram

สารชีวพิษ coprine สารนี้จะไม่พิษถ้าไม่รับประทานร่วมกับการดื่มสุรา ทำให้ acetaldehyde คั่งอยู่ในเลือดเป็นจำนวนมาก อาการจะเริ่มเกิดขึ้นใน 10-30 นาที หลังจากรับประทานเห็ดแกล้มเห็ด และอาจเกิดขึ้นเมื่อดื่มสุราหลังจากรับประทานเห็ดแล้วถึง 1 สัปดาห์ก็ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการหน้าแดง ตัวแดง ใจสั่น หายใจหอบ เหงื่อแตก เจ็บหน้าอก ชาตามตัว ม่านตาขยาย และความดันโลหิตสูง อาจพบความดันโลหิตต่ำได้เนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว

6. พิษต่อทางเดินอาหาร

เห็ดที่มีสารชีวพิษซึ่งจัดในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดอาการเฉพาะระบบทางเดินอาหารภายใน 30 นาที -3 ชั่วโมง มีอาการจุกเสียดยอดอก อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง และไม่ทำให้มีอาการทางระบบ ส่วนใหญ่มักมี อาการไม่รุนแรงและไม่ต้องการการรักษาเฉพาะใดๆ มักจะหายได้เองภายใน 24 ชั่วโมง

สรุปการรักษาที่สำคัญ

กรณีที่พบผู้ป่วยรับประทานเห็ดพิษต้อง ประชุมพยาบาลเบื้องต้นโดยให้ดื่มน้ำอุ่นผสมผงถ่านเพื่อลดการดูดซึมของสารพิษ การรักษาที่สำคัญ Mushroom poisoning มีอาการ ปวดท้อง อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย ซึม วิงเวียน หลังจากรับประทานเห็ด ให้รีบทำให้อาเจียน โดยการล้วงคอหรือกลืนไข่ขาวหลายๆฟอง หรือน้ำเกลืออุ่นๆเพื่อเอาเศษเห็ด/น้ำแกงเห็ดออก แล้วรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล การล้วงคอให้อาเจียน อาจทำให้เกิดการสำลักเศษอาหารได้ จากนั้นควรรีบนำผู้ป่วยส่ง โรงพยาบาลให้เร็วที่สุดพร้อมทั้งนำเห็ดที่เหลือ จากการรับประทานหรือตัวอย่างเห็ดที่สงสัยว่าเป็นเห็ดพิษไปให้แพทย์วินิจฉัยด้วย

ผู้ป่วยต้องได้รับ Retain NG Irrigate ทุกราย ห้ามใช้ยาต้านการอาเจียน และยาหยุดถ่าย ให้การรักษาตามอาการที่พบ และเฝ้าระวังการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น Investigation: CBC, PT/INR, DTX, BUN/Cr, Electrolyte, LFT

ดังนั้นการรับประทานเห็ดที่ตนเองรู้จักหรือซื้อมาจากแหล่ง ที่น่าเชื่อถือ เป็นแนวทางหนึ่งที่จะลดความเสี่ยงจากสถานการณ์อาหารเป็นพิษได้

การพยาบาลโรค

ผู้ป่วยรับประทานเห็ดพิษ Mushroom poisoning เป็นโรคที่พบได้บ่อย และบางครั้งอาจมีความรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การพยาบาล จำเป็นต้องมีความรู้ มีความเข้าใจ มีทักษะในการประเมินปัญหา สามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรับประทานเห็ดพิษ จะมีอาการ ปวดท้อง อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย ซึม วิงเวียน หลังจากรับประทานเห็ด การพยาบาลจึงเป็นการพยาบาลตามอาการที่พบ ดังนี้

1.การพยาบาลเพื่อป้องกันการขาดน้ำ และอิเล็กโทรไลต์

1.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ว่าอยู่ในระดับใด

1.2 ตรวจวัดประเมิน และบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

1.3 ดูแลการได้รับสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ทางหลอดเลือดดำ

1.4 สังเกตและบันทึกอาการ และอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง ผิวหนังขาดความตึงตัว ร่วมกับชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อย หรือปัสสาวะไม่ออก

1.5 ติดตามผลตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าฮีมาโตคริต ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ

2.ผู้ป่วยได้รับสารพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ มีโอกาสเกิดภาวะอันตรายต่ออวัยวะสำคัญ เช่น พิษต่อตับ พิษต่อไต และพิษต่อระบบประสาท

2.1 หลังจากรับประทานเห็ด ให้รีบทำให้อาเจียน เมื่อถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยต้องได้รับ Retain NG Irrigate ทุกราย ห้ามใช้ยาต้านการอาเจียน และยาหยุดถ่าย

2.2 ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยให้ดื่มน้ำอุ่นผสมผงถ่านเพื่อลดการดูดซึมของสารพิษ

2.3 เฝ้าระวังการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น Investigation: CBC, PT/INR, DTX, BUN/Cr, Electrolyte, LFT

2.4 สังเกตอาการที่เป็นพิษต่อระบบประสาท เช่น ซึม วิงเวียน

3.การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดท้อง

3.1 สังเกตและประเมินอาการปวด ด้วยการสอบถาม และใช้แบบประเมินความเจ็บปวด Pain Score

3.2 ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่เกิดร่วมกับอาการเจ็บปวด

3.3 ดูแลจัดให้อยู่ในท่านอนที่สบาย พร้อมกับจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเหมาะสมต่อการพักผ่อน

3.4 บรรเทาอาการปวดด้วยเทคนิคต่างๆ เช่น การปลอบโยน การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย และสถานะของผู้ป่วยแต่ละคน

4.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อรับประทานเห็ดพิษ

4.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดี ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถาม หรือระบายความรู้สึกกลัว กังวลใจ

4.2 อธิบายสถานะของโรค แผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

4.3 ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้ความมั่นใจในแผนการรักษาพยาบาล เต็มใจให้ความช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกลดวิตกกังวล

4. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) กล่าวถึงการปรับตัวของบุคคล เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ ของสิ่งเร้า และระดับการปรับตัวของบุคคล ดังนั้นการพยาบาล เป็นการให้ความช่วยเหลือกับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการพยาบาลมีเป้าหมาย ส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมของบุคคล และการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อบรรลุซึ่งการมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self care Theory) ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง(The Theory of Self-care Deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล(The Theory of Nursing System)

แนวคิดการพยาบาล

ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่

1. การตระหนักถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล
2. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
4. การสร้างสัมพันธภาพในการรักษาพยาบาล
5. การให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ

6. การเสริมพลัง

7. การส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกาย

ข้อเสนอแนะ

1. พื้นที่ ที่เคยมีรายงาน พบผู้ป่วยที่รับประทานเห็ดพิษและเสียชีวิตมาก่อน เห็ดพิษรุนแรงนี้สามารถเติบโตซ้ำได้ทุกปี ฉะนั้นต้องสร้างความตระหนักถึงความสำคัญที่จะพบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษได้เสมอ โดยเฉพาะช่วงต้นฤดูฝน
2. ควรมีการประชาสัมพันธ์เรื่องการบริโภคเห็ดและเห็ดพิษให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นพิเศษเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้ความร่วมมือและกระตุ้นในพื้นที่ที่เคยมีการเกิดโรค
3. ผูกอบรมทบทวนความรู้ให้แก่แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีแนวทางการดูแลรักษา การเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษอาจมีสาเหตุมาจากการรับประทานเห็ดป่าและมีอาการรุนแรงเช่นตัววายเป็นตามมาภายหลังได้
4. สร้างระบบเฝ้าระวังในฤดูฝนเป็นพิเศษในพื้นที่ที่เคยมีการระบาดของโรคหรือเคยมีผู้ป่วยเสียชีวิต
5. หากพบผู้เสียชีวิตควรมีการสอบสวนโรคและเก็บตัวอย่างเห็ดป่า มาตรวจแยกชนิดเห็ดและตรวจหาความเป็นพิษ เพื่อที่จะได้ทราบว่า มีเห็ดพิษร้ายแรงชนิดใดอยู่ในพื้นที่และประกาศเตือนประชาชนในพื้นที่ต่อไป
6. แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกระดับ หากพบผู้ป่วยโรคอาหาร เป็นพิษ จากการรับประทานเห็ด ต้องให้ผู้ป่วย นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือ นัดติดตาม อาการทุกวัน จนกว่าจะหายเป็นปกติ เนื่องจาก เห็ดพิษชนิดร้ายแรง เช่น Amanita ทำให้ผู้ป่วยมี เพียงอาการคลื่นไส้ อาเจียน เท่านั้นใน 24 ชั่วโมงแรก แต่หลังจาก 24 ชั่วโมงไปแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงตามมา ได้แก่ การทำงาน ของตับ และไต ล้มเหลว ทำให้เสียชีวิตได้
7. ควรมีการพัฒนาศักยภาพ และวิธีการตรวจหาสารพิษในพื้นที่ (Test kit) รวมทั้งวิธีการเก็บ และการนำส่งตัวอย่างเห็ดพิษ เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิทยาศาสตร์การแพทย์ แก่ทีมสอบสวนโรคในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพ และ เครือข่าย ในการตรวจยืนยันเห็ดพิษทางห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในส่วนภูมิภาค
8. จัดทำโปสเตอร์สรุปเห็ดพิษ พร้อมชื่อตามภาษา ท้องถิ่น และรูปเห็ดที่รับประทานได้ แจกจ่ายไปในพื้นที่ที่มีการรายงานการเจ็บป่วย ด้วยเห็ดพิษทุกหมู่บ้าน ไว้ตามสถานที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน วัด ตลาด และหน่วยงานการเกษตร เป็นต้น

การนำเห็ดมาประกอบอาหารควรปฏิบัติดังนี้

1. การรับประทานอาหารที่ประกอบขึ้นด้วยเห็ด ควรจะรับประทานแต่พอควร อย่ารับประทานจนอิ่มมากเกินไป เพราะเห็ดเป็นอาหารที่ย่อยยาก อาจจะทำให้ผู้มีระบบย่อยอาหารที่อ่อนแอเกิดอาการอาหารเป็นพิษได้
2. ควรระมัดระวัง คัดเห็ดที่เน่าเสียออกเพราะเห็ดที่เน่าเสียจะทำให้เกิดอาการอาหารเป็นพิษได้

3. ออรัรับประทานอาหารที่ปรุงขึ้นสุก ๆ ดิบ หรือเห็ดดิบดอง เพราะเห็ดบางชนิดยังมีพิษอย่างอ่อนเหลืออยู่ ผู้รับประทานจะรู้สึกตัวว่ามีพิษ จนเมื่อรับประทานหลายครั้งก็สะสมพิษมากขึ้น และเป็นพิษร้ายแรงถึงกับเสียชีวิตได้ในภายหลัง

4. ผู้ที่รู้ตัวเองว่าเป็นโรคภูมิแพ้เกี่ยวกับเห็ดบางชนิด หรือกับเห็ดทั้งหมด ซึ่งถ้ารับประทานเห็ดเข้าไปแล้ว จะทำให้เกิดอาการเบื่อเมา หรืออาหารเป็นพิษ จึงควรระมัดระวัง รับประทานเฉพาะเห็ดที่รับประทานได้โดยไม่แพ้ หรือหลีกเลี่ยงจากการรับประทานเห็ด

5. ระมัดระวังอย่ารับประทานเห็ดพร้อมกับดื่มสุรา เพราะเห็ดบางชนิดจะเกิดพิษทันที ถ้าหากดื่มสุราหลังจาก รับประทานเห็ดแล้วภายใน 48 ชั่วโมง เช่น เห็ดหิ่งห้อย เห็ดน้ำหมึกหรือเห็ดถั่ว (*Coprinus atramentarius*) แม้แต่เห็ดพิษอื่นทั่วไป หากดื่มสุราเข้าไปด้วย ก็จะเป็นการช่วยให้พิษกระจายได้รวดเร็วและรุนแรงขึ้นอีก

ในช่วงฤดูฝนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากในช่วงเข้าสู่ฤดูฝน เห็ดหลายชนิดจะเจริญเติบโตได้ดี โดยเฉพาะเห็ดป่าในพื้นที่ธรรมชาติ ซึ่งเห็ดป่า มีทั้งเห็ดที่รับประทานได้ และเห็ดพิษที่ไม่สามารถรับประทานได้ ซึ่งเห็ดดังกล่าวมีลักษณะใกล้เคียงกันมาก อาจทำให้สับสนได้ โดยทั่วไป ประชาชนมักจะเก็บเห็ดที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือเห็ดที่ขึ้นใกล้ที่พักอาศัยมารับประทาน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่พบ การเกิดโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ คือการขาดประสบการณ์ในการสังเกตชนิดของเห็ดและการจำแนกชนิดของเห็ดที่รับประทานได้และรับประทานไม่ได้ หรือการรับประทานร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และเห็ดพิษไม่สามารถทำลายพิษได้ด้วยความร้อน หากเก็บเห็ดมารับประทานแล้วพบอาการคลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลว ปวดท้อง เป็นตะคริวที่ท้อง ซึ่งเกิดภายหลังการรับประทานภายใน 6-24 ชั่วโมง หากเกิน 24 ชั่วโมงจะทำให้เกิดภาวะไตวาย ตับวายจนทำให้เสียชีวิตได้

ภาวะได้รับสารพิษเข้าสู่ร่างกายเป็นกลุ่มอาการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เสียงสูง พยาบาลจึงควรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย โอกาสเสียชีวิตจะลดลง ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยที่รับประทานเห็ดพิษจะมีปัญหาเรื่องการขาดความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับการชนิดเห็ด และอันตรายจากการรับประทานเห็ดพิษ ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยเคยรับประทานเห็ดลักษณะคล้ายเห็ดชนิดที่รับประทานมาแล้วหลายครั้ง และไม่ได้รับอันตราย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่ล่าช้า จนกระทั่งทำให้การดำเนินของโรคเกิดความรุนแรง

ดังนั้นการแนะนำผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้เบื้องต้นในวิธีการสังเกตว่าเห็ดชนิดใดเป็นเห็ดพิษโดยสามารถอ่านข้อมูลได้จากเว็บไซต์ของโรงพยาบาลโพธิ์ไทรและตัวพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงวิธีการสังเกตเห็ดพิษได้อย่างถูกต้อง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลสามารถประเมินและให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากเห็ดได้อย่างถูกต้อง
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
4. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วย รับทราบถึงกระบวนการรักษา การดำเนินของโรคและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น
5. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เบื้องต้นในวิธีการสังเกตว่าเห็ดชนิดใดเป็นเห็ดพิษ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ทีมการพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ90
2. ทีมการพยาบาลสามารถพัฒนาความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากเห็ดได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ90
3. ทีมการสามารถวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องได้มากกว่าร้อยละ 90
4. ผู้ป่วยต้องได้รับความปลอดภัยจากภาวะตับอักเสบเนื่องจากได้รับพิษจากเห็ด มากกว่าร้อยละ95
5. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของเห็ดพิษ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อสงสัยได้รับพิษจากเห็ด ได้มากกว่าร้อยละ80
6. ได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ชัดเจน ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมใน การดูแลรักษาพยาบาล มากกว่าร้อยละ80

(ลงชื่อ)*ชุตินา ศรีกุลวงศ์*.....

(นางสาวชุตินา ศรีกุลวงศ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ

(วันที่)*6* /*มกราคม* /*2556*.....

ผู้ขอประเมิน