



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ๑ ๕๙๕๖

วันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสตกทั้งเป็นเวลา ๓๐ วัน และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิทยาสรรพ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนสนิมคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการระดับชำนาญการ จำนวน ๒ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๒๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะตกทั้งให้ตกทั้งได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายกิตติ บุญรัตน์เนตร)

สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นายศักดิ์กรีน ดินกระโทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลหนองใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช
๒	นางโซษิตา ปัดดาสงคราม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลหนองใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายพงศ์สิทธิ์ ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายศักดิ์กรีน ดินกระโทก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลหนองใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๒๔๘๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลหนองใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๘๐	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกงูกัดชนิด Neurotoxin snake bite				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (MOPH Triage)				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” อภพล					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกงูกัดชนิด Neurotoxin snake bite
2. ระยะเวลาดำเนินการ ER : ตั้งแต่วันที่ 15 เดือน กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 15 เดือน กรกฎาคม 2568
รวมวันที่รับไว้ดูแลห้องฉุกเฉิน 2 ชั่วโมง 13 นาที
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

พยาธิสภาพของโรค

ระบาดวิทยา การถูกงูกัดถูกจัดให้เป็นหนึ่งใน Neglected Tropical Diseases (NTDs) หรือโรคเขตร้อน โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งแต่ปี 2017 ปัญหานี้มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ การขาดแคลนเซรุ่มต้านพิษงูในพื้นที่ชนบทและห่างไกล การรายงานสถิติผู้ป่วยถูกงูกัดที่ไม่ถูกต้อง และการขาดประสบการณ์หรือทักษะความรู้ด้านงูพิษ ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตและการบาดเจ็บจำนวนมาก (เจนยุทธ์ ไชยสกุล, 2567)

ข้อมูลจากการสำรวจระหว่างปี ค.ศ. 2008-2010 ชี้ให้เห็นว่ามีผู้ป่วยถูกงูกัดทั่วโลกประมาณ 421,000 ถึง 1,841,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 20,000 ถึง 94,000 รายต่อปี สำหรับประเทศไทยและประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จัดเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยสำคัญของงูพิษหลายชนิด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตในระบบสาธารณสุข (เจนยุทธ์ ไชยสกุล, 2567)

แหล่งงูพิษชุกชุมในประเทศไทย

1. งูเห่า พบมากที่สุด สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี นครปฐม ออยุธยา นครนายก อ่างทอง สิงห์บุรี ลพบุรี สระบุรี
2. งูจงอาง พบมากที่สุด ในป่าจังหวัดนครสวรรค์ เพชรบูรณ์ นครศรีธรรมราช
3. งูสามเหลี่ยม พบมากที่สุด กรุงเทพฯ นครปฐม ออยุธยา นครนายก อ่างทอง สระบุรี นนทบุรี
4. งูแมวเซา พบมากที่สุด กรุงเทพฯ สมุทรปราการ สระบุรี ลพบุรี ออยุธยา อ่างทอง
5. งูกะปะ พบมากที่สุด ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร และจังหวัดภาคใต้ทั่วไป
6. งูเขียวหางไหม้ พบมากที่สุด กรุงเทพฯ

ในประเทศไทย งูพิษสามารถแบ่งได้เป็น 4 วงศ์หลัก ได้แก่

1. Family Elapidae (งูพิษเขี้ยวหน้า) เช่น งูเห่า งูจงอาง งูสามเหลี่ยม และงูทับสมิงคลา พิษหลักส่งผลต่อระบบประสาท (neurotoxicity) ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อช่วยหายใจและกล้ามเนื้อรอบดวงตา นอกจากนี้ยังอาจพบพิษต่อระบบไหลเวียนโลหิตและเนื้อเยื่อจนเกิดเนื้อตายได้
2. Family Hydrophilidae (งูทะเล) มีพิษต่อกล้ามเนื้อ (myotoxicity) ทำให้กล้ามเนื้อลายถูกทำลายรุนแรง และอาจนำไปสู่ภาวะไตวายเฉียบพลัน

3. Family Viperidae (งูเขี้ยวพับ) เช่น งูกะปะ งูเขียวหางไหม้ และงูแมวเซา พิษหลักส่งผลต่อการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดเลือดออกผิดปกติ และอาจเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน

4. Family Colubridae เป็นงูที่มีพิษน้อยและไม่รุนแรง

ประเภทของสารพิษ กลไก อาการทางคลินิก ของพิษระบบประสาท

- Alpha-bungarotoxin (Postsynaptic Neurotoxin) ไปขัดขวางการทำงานของสารสื่อประสาท (Acetylcholine) ที่ปลายประสาทกล้ามเนื้อ (Nicotinic ACh receptor) ทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถทำงานได้ จึงมีอาการหนังตาตก (Ptosis) กล้ามเนื้อใบหน้า/คออ่อนแรง กลืนลำบาก พูดไม่ชัด และอาจลามไปถึงกล้ามเนื้อหายใจ ทำให้ หายใจลำบาก/หยุดหายใจ
- Beta-bungarotoxin (Presynaptic Neurotoxin) ไปทำลายปลายประสาทส่วนที่ปล่อยสารสื่อประสาท ทำให้ปล่อยสารสื่อประสาทได้น้อยลง อาการ รุนแรงมาก ออกฤทธิ์เร็วมาก อาจเกิดภายใน 1 ชั่วโมง ทำให้มีอาการอัมพาตที่เกิดจากระบบประสาทเช่นกัน แต่มีความรุนแรงและอาจฟื้นตัวยากกว่า
- PLA₂ (Phospholipase A₂) ทำลายเนื้อเยื่อและทำให้เกิดการอักเสบ และมีผลต่อปลายประสาทและกล้ามเนื้อหัวใจ อาการ บวม มีของเหลวรั่วจากเส้นเลือด ความดันต่ำ และอาจมีผลต่อระบบประสาท/หัวใจ

1. Neurotoxins (สารพิษต่อระบบประสาท)

- Presynaptic Neurotoxins ทำลายปลายประสาท (Presynaptic terminal) โดยตรง ทำให้ไม่สามารถหลั่ง Acetylcholine (ACh) ออกมาได้ ผลทางคลินิก เกิด Flaccid paralysis ที่ ไม่ตอบสนองต่อเซรุ่ม (Antivenom-resistant) การฟื้นตัวต้องรอการซ่อมแซมหรือสร้างปลายประสาทใหม่ ซึ่งใช้เวลานาน การดูแลประคับประคอง (Supportive care) โดยเฉพาะการช่วยหายใจ (Ventilatory support) จึงเป็นหัวใจหลักของการรักษา

- Postsynaptic Neurotoxins เป็น Competitive antagonist ที่ไปแย่งจับกับ nAChR บนกล้ามเนื้อ ทำให้ ACh ที่หลั่งออกมาปกติไม่สามารถจับได้ ผลทางคลินิก เกิด Flaccid paralysis ที่ ตอบสนองต่อเซรุ่ม (Antivenom-responsive) เซรุ่มจะเข้าไปจับกับพิษที่ยังลอยอยู่ในกระแสเลือด (Unbound toxin) เพื่อป้องกันไม่ให้ไปจับกับ Receptor เพิ่มเติม

2. Phospholipase A₂ (PLA₂)

เป็นเอนไซม์ที่ย่อยสลาย Phospholipid ที่เป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ การทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ทำให้เกิดอาการหลายอย่างพร้อมกัน ได้แก่

- Myotoxicity ทำลายเซลล์กล้ามเนื้อโดยตรง
- Presynaptic Neurotoxicity ทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ของปลายประสาท
- Anticoagulation ทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ของเกล็ดเลือด
- Local Necrosis ทำลายเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกัด

3. Myotoxins

ออกฤทธิ์ทำลายเซลล์กล้ามเนื้อโดยตรง ทำให้เกิด Rhabdomyolysis มีอาการปวดกล้ามเนื้อรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังคือ Acute Kidney Injury (AKI) จาก Myoglobinuria

4. Cardiotoxins หรือ Cytotoxins

ออกฤทธิ์เป็นพิษต่อเซลล์โดยตรง (Cytotoxic) โดยการทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ (Membrane destabilization) Systemic effect มีผลต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ จะทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะหัวใจบีบตัวลดลง Local effect เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิด เนื้อตาย บริเวณที่ถูกกัดอย่างรุนแรง

5. Metalloproteinases & Pro-coagulant Toxins

กระตุ้นกระบวนการแข็งตัวของเลือดอย่างผิดปกติรุนแรง จนทำให้เกิดการใช้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (Clotting factors) ไปจนหมด ทำให้เกิดภาวะ Venom-Induced Consumption Coagulopathy (VICC) ทำให้เลือดไม่สามารถแข็งตัวได้ นำไปสู่ภาวะเลือดออกผิดปกติทั่วร่างกาย

6. Other Vasoactive Substances

ประกอบด้วยสารหลายชนิดที่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อหลอดเลือด เช่น ทำให้หลอดเลือดขยายตัว หรือยับยั้งการทำงานของ L-type calcium channel ทำให้เกิด ภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ซึ่งอาจรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะช็อกในผู้ป่วยที่ถูกกัด

งูเห่ากัด (Family Elapidae, Naja sp.) พยาธิสภาพหลักเกิดจากองค์ประกอบของพิษงูดังต่อไปนี้

พยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) ของพิษงูที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท (Neurotoxin) ชนิด Post-synaptic block เป็นกลไกหลักของพิษงูเห่าและงูจงอาง (Elapidae family)

1. Neuromuscular Junction (NMJ)

รอยต่อระหว่างเซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อ (NMJ) ซึ่งเป็นจุดที่สัญญาณประสาทถูกส่งต่อไปยังกล้ามเนื้อ เพื่อทำให้เกิดการหดตัว ในภาวะปกติเมื่อกระแสประสาท (Action Potential) วิ่งมาถึงปลาย Axon terminal จะกระตุ้นให้ Voltage-gated calcium channel เปิด ทำให้แคลเซียมไอออน (Ca^{2+}) ไหลเข้าสู่เซลล์ เป็นสัญญาณให้ Synaptic vesicle ที่บรรจุสารสื่อประสาท Acetylcholine (ACh) เคลื่อนไปรวมกับ Presynaptic membrane และปล่อย ACh ออกสู่ Synaptic cleft จากนั้น ACh จะเดินทางข้ามช่องว่างไปจับกับตัวรับสัญญาณที่จำเพาะบน Postsynaptic membrane หรือ Motor end-plate (Nicotinic Acetylcholine Receptor (nAChR)) จะทำให้ช่องไอออนบนตัวรับ nAChR เปิดออกให้โซเดียมไอออน (Na^+) ไหลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อ เกิด Depolarization และกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหดตัว

2. กลไกการออกฤทธิ์ Post-synaptic Block

พิษของงูในวงศ์ Elapidae เช่น งูเห่า (Cobra) และงูจงอาง (King Cobra) ประกอบด้วยสารพิษในกลุ่ม Three-finger Alpha-neurotoxins เช่น Alpha-cobratoxin และ Alpha-bungarotoxin เป็นองค์ประกอบหลักที่ทำให้เกิดอัมพาต Alpha-cobratoxin ซึ่งพบในพิษงูเห่าไทย (Naja kaouthia) เป็น Post-synaptic neurotoxin ที่จะไปจับกับ Nicotinic Acetylcholine Receptors (nAChRs) บนเยื่อหุ้มเซลล์กล้ามเนื้อหลังไซแนปส์ (Postsynaptic membrane)

พิษงูเห่าและงูจงอาง สารพิษออกฤทธิ์ (Active Toxin) ในกลไกนี้คือ Alpha-cobratoxin ซึ่งเป็น Polypeptide ที่มีกรดอะมิโน 71 มีพันธะไดซัลไฟด์ 5 ตำแหน่ง โครงสร้างนี้มีความเสถียรและถูกปรับเพื่อเลียนแบบและเข้าจับกับ nAChR binding pocket โดยเป้าหมาย (Target) ของ Alpha-cobratoxin จะเข้าไปใน Synaptic cleft และออกฤทธิ์เป็น Competitive Antagonist การจับกันนี้เป็นการยับยั้งแบบแข่งขัน กับสารสื่อประสาท Acetylcholine (ACh) คือ Alpha-cobratoxin จะแย่งจับที่ตำแหน่งเดียวกับที่ ACh ควรจะจับบนตัวรับ nAChR โดยจะเข้าไปแย่งจับกับ nAChR บน Postsynaptic membrane ด้วยความจำเพาะและความแรงในการจับที่สูงมาก (High affinity) เมื่อ Alpha-cobratoxin จับบน nAChR แล้ว ถึงเส้นประสาทจะยังคงหลั่ง ACh ออกมาเป็นปกติ แต่ ACh จะไม่สามารถจับกับตัวรับได้ ทำให้ไม่เกิด Depolarization ที่ Motor end-plate และไม่เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อ จึงทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดอ่อนปวกเปียก (Flaccid Paralysis)

พิษของงูเห่าประกอบด้วยสารพิษหลายชนิดที่ทำงานร่วมกัน ก่อให้เกิดอาการทางคลินิกที่สำคัญ 2 กลุ่มหลัก คือ อาการทางระบบประสาท (Neurotoxicity) และ อาการเฉพาะที่จากการทำลายเซลล์ (Local Cytotoxicity)

1. อาการทางระบบประสาท กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดอ่อนปวกเปียก (Flaccid Paralysis)

กลไกนี้เป็นผลมาจากสารพิษกลุ่ม Alpha-neurotoxins ซึ่งออกฤทธิ์ที่รอยต่อระหว่างเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular Junction)

สารพิษหลัก คือ Alpha-cobratoxin, Cobrotoxin, Toxin-alpha โดยสารพิษเหล่านี้จะไปจับและยับยั้งตัวรับสัญญาณบนเซลล์กล้ามเนื้อ (Post-synaptic nAChRs) ทำให้สารสื่อประสาท Acetylcholine ไม่สามารถกระตุ้นกล้ามเนื้อได้ อาการทางคลินิกที่เกิดขึ้น จึงทำให้เกิดภาวะ อัมพาตชนิดอ่อนปวกเปียก (Flaccid Paralysis) ซึ่งมักจะเริ่มจากกล้ามเนื้อมัดเล็กไปใหญ่ เช่น หนังตาตก (Ptosis) กล้ามเนื้อกลอกตาอ่อนแรง พูดไม่ชัด (Dysarthria) กลืนลำบาก (Dysphagia) และที่อันตรายที่สุดคือ กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรง ซึ่งนำไปสู่ ภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) ได้

สารพิษเสริมความรุนแรง "Weak toxin" (WTX) ออกฤทธิ์คล้ายกลุ่มแรก แต่เป็นการจับที่ ผันกลับไม่ได้ (Irreversible) อาการทางคลินิกที่เกิดขึ้น จึงทำให้อาการอัมพาต รุนแรงกว่าและฟื้นตัวได้ช้ามาก เนื่องจากร่างกายต้องใช้เวลานานในการสร้างตัวรับสัญญาณ (Receptor) ขึ้นมาใหม่

การฟื้นตัวจากอัมพาตชนิดนี้ต้องอาศัยการสร้างตัวรับ nAChR ขึ้นมาใหม่ ซึ่งต้องใช้เวลาหลายวัน อาการอาจคงอยู่นาน 24-48 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้น

ดังนั้น Timeline 24-48 ชม. เป็นระยะเวลาของอาการอ่อนแรงที่รุนแรงที่สุด ก่อนที่จะเริ่มฟื้นตัว เหตุผลเพราะการที่อาการคงอยู่นาน แม้จะให้เซรุ่มไปแล้ว เป็นเพราะว่าพิษที่จับกับ Receptor ไปแล้วนั้นจับได้แน่นมาก เซรุ่ม (Antivenom) ที่ทำงานโดยการจับกับพิษที่ ยังลอยอย่างอิสระ ในกระแสเลือด ไม่สามารถไปดึงพิษที่จับกับ Receptor ไปแล้วออกได้ การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อจึงต้องรอให้ร่างกาย สังเคราะห์ nAChR ตัวใหม่ขึ้นมาทดแทน (Receptor Regeneration) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา 24-48 ชั่วโมงหรือนานกว่านั้น

2. อาการเฉพาะที่ เนื้อเยื่อถูกทำลาย (Local Tissue Damage)

อาการนี้เป็นผลมาจากสารพิษที่มีฤทธิ์ทำลายเซลล์โดยตรง

สารพิษหลัก Cardiotoxin สารพิษนี้มีฤทธิ์ เป็นพิษต่อเซลล์โดยตรง (Cytotoxicity) และยังสามารถยับยั้งการนำกระแสประสาทในแอกซอนได้ด้วย อาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นจึง ทำให้เกิด อาการปวด บวม แดงร้อน อย่างรุนแรงบริเวณแผลที่ถูกกัด และอาจลุกลามจนเกิดเป็น ตุ่มน้ำพอง และเนื้อตาย (Necrosis) ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของการถูกงูเห่ากัด นอกเหนือจากอาการทางระบบประสาท

ภาวะเนื้อตายที่เกิดจากพิษงูเห่า เกิดจากสารพิษหลักสองกลุ่มที่ทำงานเสริมฤทธิ์กันอย่างรุนแรง (Combined Assault) คือ คาร์ดิโอทอกซิน (Cardiotoxins - CTXs) หรือที่เรียกว่า Cytotoxins และ ฟอสโฟไลเปส เอ2 (Phospholipase A₂ - PLA₂)

1. ตัวการหลัก คาร์ดิโอทอกซิน (Cardiotoxins - CTXs)

CTXs เป็นโปรตีนขนาดเล็กในตระกูล Three-finger Toxin (3FTx) มีคุณสมบัติเป็นเบสสูง (highly basic) ทำให้มีแรงดึงดูดทางไฟฟ้ากับเยื่อหุ้มเซลล์ซึ่งมีประจุลบ กลไกการทำลายเซลล์ของมันเกิดขึ้นในระดับโมเลกุล ดังนี้

1. Pore Formation and Membrane Permeabilization โดย CTXs จะเข้าไปแทรกตัวในชั้นไขมันของเยื่อหุ้มเซลล์ (Lipid bilayer) และทำให้โครงสร้างของเยื่อหุ้มเซลล์เสียไป อาจโดยการสร้างรูพรุน (Pore formation) หรือการทำให้เยื่อหุ้มเซลล์สูญเสียคุณสมบัติการเป็นเกราะป้องกัน (Membrane destabilization)

2. Massive Calcium Influx จุดที่เซลล์ไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้ เมื่อเยื่อหุ้มเซลล์ถูกทำลาย จะเกิดการไหลของไอออนแคลเซียม (Ca^{2+}) จากภายนอกเซลล์เข้ามาในไซโตพลาสซึม จึงทำให้เกิดการทำลายเซลล์จากภายใน ทำให้เกิดการตายของเซลล์ในรูปแบบ Oncotic Necrosis หรือ Necroptosis ซึ่งเซลล์จะบวมเป่ง (Swelling) และแตกออก (Lysis) ปล่อยสารภายในออกมา ทำให้เกิดการอักเสบอย่างรุนแรงในบริเวณโดยรอบ

2. ตัวเสริมฤทธิ์และสร้างการอักเสบ ฟอสโฟไลเปส เอ2 (Phospholipase A₂ - PLA₂)

PLA₂ บางชนิดในงูอื่นจะมีฤทธิ์ต่อระบบประสาท (pre-synaptic neurotoxin) แต่ในพิษงูเห่า มีการเสริมฤทธิ์การทำลายเนื้อเยื่อ

อาการทางคลินิก

1. อาการปวดอย่างรุนแรง เกิดจากการกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกโดยตรงจากสารสื่ออักเสบ (Prostaglandins) และการทำลายเนื้อเยื่อ
2. อาการบวม แดง ร้อน อย่างรวดเร็ว ผลจาก Prostaglandins และ Leukotrienes ที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว (Vasodilation) และเพิ่มการรั่วซึมของพลาสมาออกจากหลอดเลือด (Increased vascular permeability)
3. ตุ่มน้ำพอง (Blister/Bullae Formation) เกิดจากการรั่วของพลาสมาปริมาณมากจนแยกชั้นผิวหนังออกจากกัน
4. เนื้อตาย (Necrosis) และการเกิดแผลดำ (Eschar) เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อ ไขมัน และผิวหนังตายจากการผลของ CTXs และ PLA₂ เนื้อเยื่อจะค่อยๆ เปลี่ยนเป็นสีคล้ำจากการขาดเลือดและกลายเป็นเนื้อตายแข็งสีดำ (Dry gangrene/Eschar)

ดังนั้น ภาวะเนื้อตายจากพิษงูเห่าจึงเป็นผลจากความรุนแรง การรักษาจึงไม่ได้มีเพียงการให้เซรุ่มเพื่อหยุดพิษทางระบบประสาท แต่ยังต้องมีการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ เช่น การควบคุมความเจ็บปวด การเฝ้าระวังภาวะ Compartment Syndrome และการพิจารณาผ่าตัดเอาเนื้อตายออก

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยเพศชายอายุ 61 ปี มาด้วย 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ถูกงูกัดที่หลังเท้าขวา ขณะเดินอยู่ในสวน ยางพารา คาดว่าเป็นงูเห่า มีอาการปวดและบวมขึ้น บริเวณรอบรอยกัด ปวดแสบ ร้อน ร่วมกับปวดตื้อๆ ปิ๊บๆ บริเวณหลังเท้าขวา pain score 5/10 มี อาการปวดมากขึ้นเมื่อขยับเท้า หรือเมื่อปล่อยเท้าลงต่ำ เริ่มมีปวดร้าวขึ้นไปข้อเท้าและขาขวา ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหนาวสั่น ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอาการตาพร่ามัว มองเห็นปกติ ไม่มีน้ำลายไหล ไม่มีหายใจลำบาก ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่ได้ทำแผลหรือรักษาก่อนมา ขณะอยู่ในห้องฉุกเฉินผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลวในระยะเฝ้าระวังที่ห้องฉุกเฉิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ไม่มีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่พบอาการหนังตาตก (no ptosis) และกำลังกล้ามเนื้อแขนขาอยู่ในระดับปกติ (Motor power is grade 5/5 in all extremities) ระดับความรู้สึกตัวปกติ (GCS: 15/15, E4 V5 M6) ไม่มีอาการปวดไม่ชัดหรือกลืนลำบาก Vital sign: (Stable) T= 36.7C, P= 88 bpm, R= 20 bpm, BP= 168/114 mmHg, SpO₂= 99% RA, Peak flow 350 ml แพทย์พิจารณา admit เพื่อให้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำและเฝ้าระวังภาวะ compartment syndrome แพทย์พิจารณาให้ Antivenom 5 vial ผสม 5% D/W 500 ml IV drip in 30 min ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หลังได้รับยาตามแผนการรักษา ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา ไม่มีอาการที่บ่งบอกถึงอาการแพ้ยา ยังมีอาการปวดมาก Pain score 7-10/10 ค่ะ แน่น เท้าขวาบวมเพิ่มขึ้นและบวมมาถึงบริเวณต้นขา วัดบริเวณหลังเท้าขวา เท้าที่บวมที่สุด 35 เซนติเมตร เปรียบเทียบกับเท้าซ้ายบริเวณเดียวกัน 29 เซนติเมตร มีเนื้อตายที่เท้าขวา รายงานแพทย์ และแพทย์พิจารณาส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการต่อที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง เพื่อเข้ารับการผ่าตัดลดความดันในช่องกล้ามเนื้อ (Fasciotomy) ในวันที่ 17 กรกฎาคม 2568

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีศึกษา ดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากผลของพิษงูต่อระบบประสาทที่ยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลบริเวณรอยกัด
3. เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ขาข้างขวา (Compartment Syndrome) เนื่องจากมีการบวมของเนื้อเยื่ออย่างต่อเนื่องจากผลของพิษงู (Cytotoxic effects)
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บาดแผลงูกัด
5. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ งานการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองใหญ่ จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยผู้ป่วยที่โดนงูกัดชนิด Neurotoxin snake bite

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่โดนงูกัดชนิด Neurotoxin snake bite

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่โดนงูกัด ชนิด Neurotoxin snake bite เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่โดนงูกัดชนิด Neurotoxin snake bite จำนวน 1 รายตั้งแต่วันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 15 เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2568 รวมวันที่รับไว้ดูแลห้องฉุกเฉิน 2 ชั่วโมง 13 นาที

เชิงคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยรายนี้มีการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) สำหรับผู้ป่วยถูกงูพิษกัดอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินเบื้องต้น การพิจารณาให้เซรุ่มต้านพิษ และการดูแลบาดแผล สิ่งที่ได้เรียนรู้ที่สำคัญที่สุดคือ CPG เป็นเครื่องชี้นำ แต่ไม่ใช่ข้อบังคับที่ตายตัว พยาบาลเองต้องใช้วิจารณญาณทางคลินิก (Clinical Judgment) ในการประยุกต์ใช้ CPG ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย แม้ CPG สำหรับงูเห่าจะมุ่งเน้นการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทเป็นหลัก แต่จากการประเมินทางคลินิกพบว่าปัญหาที่คุกคามผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนที่สุดคือ ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่จากพิษต่อเซลล์ การให้ความสำคัญกับการจัดการ Compartment Syndrome จึงเป็น การประยุกต์ใช้ CPG ร่วมกับทักษะการประเมิน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติและสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกงูพิษต่อระบบประสาทกัด

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกงูกัดชนิด Neurotoxin snake bite

แม้ว่าการถูกงูเห่ากัดจะมุ่งเน้นการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทเป็นหลัก แต่จากการประเมินทางคลินิกพบว่า ปัญหาที่คุกคามผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนที่สุดคือ ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่จากพิษต่อเซลล์ การให้ความสำคัญกับการ จัดการ Compartment Syndrome ซึ่งผู้ป่วยมีความเสี่ยงคือ เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว

นอกจากนี้พยาธิสภาพพิษของงูเห่า มีฤทธิ์ทำลายเซลล์ (Cytotoxic effects) ทำให้เกิดการอักเสบ บวม และมีการรั่วของของเหลวออกนอกหลอดเลือด ซึ่งอาจทำให้ความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงขึ้นได้ ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้นเมื่อขยับหรือปล่อยขาลงต่ำ ซึ่งเป็นลักษณะของความดันในเนื้อเยื่อที่เพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะ Compartment Syndrome ในที่สุด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ความซับซ้อนของพิษงูเห่า ซึ่งไม่ได้จำกัดพิษต่อระบบประสาท (Neurotoxicity) เท่านั้น แต่มีองค์ประกอบของ พิษต่อเซลล์ (Cytotoxicity) ที่รุนแรงเป็นอย่างมาก ความรู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพยาบาลเวชปฏิบัติในการ ประเมินผู้ป่วย เพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะยังไม่แสดงอาการทางระบบประสาท (Systemic neurotoxicity) เช่น หนังตา ตก (Ptosis) หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง แต่พิษต่อเซลล์ได้เริ่มกระบวนการทำลายเนื้อเยื่อเฉพาะที่อย่างรวดเร็ว นำไปสู่ การอักเสบ บวม และเกิดภาวะเนื้อตาย (Necrosis) ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงของการเกิด กลุ่มอาการ Compartment Syndrome ในผู้ป่วยรายนี้

9. ข้อเสนอแนะ

สำหรับผู้ป่วยถูกงูพิษกัดอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินเบื้องต้น การพิจารณาให้เซรุ่มต้านพิษ และการดูแล บาดแผล สิ่งที่ได้เรียนรู้ที่สำคัญที่สุดคือ CPG เป็นเครื่องชี้นำ แต่ไม่ใช่ข้อบังคับที่ตายตัว พยาบาลต้องใช้

วิจารณ์ญาณ ในการประยุกต์ใช้ CPG ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย แม้ CPG สำหรับงูเห่าจะมุ่งเน้นการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทเป็นหลัก แต่จากการประเมินทางคลินิกพบว่าปัญหาที่คุกคามผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนที่สุดคือ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่จากพิษต่อเซลล์ การให้ความสำคัญกับการจัดการ Compartment Syndrome จึงเป็นการประยุกต์ใช้ CPG ร่วมกับทักษะการประเมิน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล

10. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นายศักดิ์กรีน ดินกระโทก สัตว์ส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

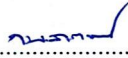
ลงชื่อ  ผู้ขอประเมิน

(นายศักดิ์กรีน ดินกระโทก)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ **22** เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569

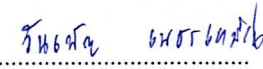
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวกมลารณ์ อยู่ดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

วันที่ 23 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นางสาววันเพ็ญ เพชรเหมือน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลหนองใหญ่

วันที่ 24 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นางสาวน้ำเพชร เจียบแหลม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่

วันที่ 26 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ 26 เดือน มิ.ย. ๒๕๖๙ พ.ศ.

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (MOPH Triage)

2. หลักการและเหตุผล

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ประชาชนมีความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ในขณะที่ปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด ทั้งนี้กระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ กระบวนการคัดกรอง (triage) เพื่อให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกใช้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือด้วยบุคลากรทางการแพทย์ได้ทันเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พอใจและลดการร้องเรียน การเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือการบาดเจ็บฉุกเฉินมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจประเมินอาการ และจำแนกผู้ป่วยซึ่งเป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็วเพื่อค้นหาปัญหาฉุกเฉิน และจัดลำดับความเร่งด่วนของการเจ็บป่วยตามอาการสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจและรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะคุกคามชีวิต การจำแนกผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินจากพยาบาลผู้ทำหน้าที่จำแนกผู้ป่วย (Triage nurse) ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในการจำแนกผู้ป่วย คือ การจำแนกผู้ป่วยผิดพลาดไม่ตรงกับความเป็นจริง การประเมินที่ต่ำกว่าเกณฑ์ในผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน (Over Triage) ส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเกิดความล่าช้าในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ฉุกเฉินมากกว่า หรือในผู้ป่วยที่ฉุกเฉินมากแต่ได้รับการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือในระยะเวลาที่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจทั้งกับผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ การตัดสินใจจำแนกผู้ป่วยของพยาบาลต้องอาศัยทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ในการทำหน้าที่จำแนกผู้ป่วย ทั้งนี้ ปัญหาความรุนแรงและซับซ้อนของอาการเจ็บป่วยผู้ป่วยแต่ละรายที่มาในแต่ละสถานการณ์ อาจมีผลต่อการตัดสินใจของพยาบาลในการจำแนกผู้ป่วย พยาบาลต้องใช้เวลาในการจำแนกผู้ป่วยยาวนานขึ้นเนื่องจากมีความยุ่งยากในการตัดสินใจ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือลดความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือ อาการป่วยนั้นลง ปัญหาที่พบจากการที่ผู้ป่วยมาใช้บริการห้องฉุกเฉินปริมาณมากในแต่ละวันทำให้ต้องมีระบบคัดกรองผู้ป่วยขึ้นเพื่อแบ่งระดับความรุนแรง การประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริงเรียกว่า under-triage จะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยต้องรอตรวจเป็นเวลานาน และการประเมินความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริงเรียกว่า over-triage ทำให้เกิดแย่งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่า เพราะฉะนั้นการคัดกรองผู้ป่วยจึงต้องการความถูกต้องและรวดเร็ว (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , 2561)

จากข้อมูลผู้ป่วยที่ฉุกเฉินมากแต่ได้รับการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) โรงพยาบาลหนองใหญ่ ปี 2565-2567 จำนวน 2, 4 และ 5 ราย บางครั้งผู้รับบริการมีจำนวนมาก ให้บริการได้ไม่ทันกับระบบการคัดกรอง ผู้รับบริการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองใหญ่ ตระหนักถึงความสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินซึ่งการคัดกรองมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น และนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันท่วงที

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองใหญ่ ให้การบริการผู้ป่วยเฉลี่ย 100 ราย/ วัน เนื่องจากสถานที่คับแคบ ไม่มีห้องสังเกตอาการ ไม่มีห้องล้างแผลฉีดยา และมีผู้ป่วยตลอดทั้งวัน ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการที่ต้องการความรวดเร็วในการให้บริการ แต่จำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ทันเวลา เนื่องจากระบบการคัดแยกผู้ป่วยไม่ชัดเจนและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลารอและการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินล่าช้า เกิดความไม่พึงพอใจในการบริการล่าช้า จากการทบทวนข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุปัญหาในการปฏิบัติงาน พบว่า เจ้าหน้าที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินผ่านการอบรมด้านการคัดแยกจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 โดยใช้แนวคิด Patient safety goals: SIMPLE, P D C A, Empowerment คือ การดูแลผู้ป่วยนำไปสู่ “เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย” และ “การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง” โดยเฉพาะ E: Emergency Response กรณีภาวะฉุกเฉินหรือกึ่งฉุกเฉิน ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที โดยทีมผู้ปฏิบัติงานที่ผ่านการฝึกอบรมมาเป็นพิเศษ แต่หากภาวะฉุกเฉินไม่ได้เกิดในสถานที่ที่มีความพร้อม องค์กรควรมีระบบการขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่ได้รับการอบรม โดยผู้ที่เป็นผู้ร้องขอความช่วยเหลือควรฝึกการประเมินสถานการณ์เบื้องต้น และเตรียมการอย่างเป็นระบบ เพราะฉะนั้น จึงต้องมีการอบรมผู้ขอความช่วยเหลือ กำหนดเกณฑ์และระบบในการขอความช่วยเหลือ จัดให้มีการฝึกปฏิบัติเมื่อ พบสถานการณ์ฉุกเฉิน เมื่อได้รับการอบรม และฝึกปฏิบัติก็จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลงได้โดยแต่ละภาวะก็จะมีแนวทางการดูแลตามหลักการทางการแพทย์ จากการศึกษาแนวคิด Patient safety goals: SIMPLE, P D C A, Empowerment แล้วพบว่า การมีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน เป็นระบบ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย รักษาได้อย่างทันท่วงที พยาบาลที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทันกับเหตุการณ์ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โรงพยาบาลหนองใหญ่เห็นถึงความสำคัญดังกล่าวจึงได้ จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (MOPH Triage) ของกระทรวงสาธารณสุขขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแล ลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พอใจและลดการร้องเรียนและพัฒนากระบวนการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองใหญ่โดยใช้ระบบ MOPH Triage
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองใหญ่สามารถคัดกรองได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

ระยะเวลาดำเนินการ

มิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ.2569

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพทุกคนงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองใหญ่

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (MOPH Triage) ของกระทรวงสาธารณสุข
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลกระบวนการให้บริการและวิเคราะห์ขั้นตอนการคัดแยก และประเด็นปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานพร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบ
4. จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (MOPH Triage) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดทำเกณฑ์การคัดแยกและป้ายบอกระดับการคัดแยกผู้ป่วย
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางกาคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (MOPH Triage) ของกระทรวงสาธารณสุข อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการพยาบาลกับหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางกาคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (MOPH Triage) ของกระทรวงสาธารณสุข
8. จัดทำแบบประเมินแนวทางกาคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (MOPH Triage) ของกระทรวงสาธารณสุข
9. นำแนวทางกาคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (MOPH Triage) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และประเมินผล
10. สรุปผลการใช้แนวทางกาคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (MOPH Triage) ของกระทรวงสาธารณสุข นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยไปใช้ในแนวทางเดียวกันจัดทำเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี
- 4.2 ไม่พบ incident report จากปัญหาการจัดระดับความรุนแรงการคัดแยกผู้ป่วย
- 4.3 จากการสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนพบการคัดแยกผิดระดับลดลง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลัก MOPH Triage ร้อยละ 80
- 5.2 อัตราการเกิดการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ระดับ E up เท่ากับ 0

(ลงชื่อ)  ผู้ขอประเมิน
 (นายศักดิ์กรีน ดินกระโทก)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 วันที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569

เอกสารอ้างอิง

จนยุทธ ไซยสกุล. (2567). เชื้อรื้อสำหรับด้านพิษงูที่พบในประเทศไทย. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 77(1), 37-43.

พรรณวิไล ตั้งกุลพานิชย์. (2565). *หลักการซักประวัติและตรวจร่างกายในภาวะฉุกเฉิน*. สำนักพิมพ์แห่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี. (ม.ป.ป.). งูพิษ. [Snake bite]. Ramathibodi Poison Center. สืบค้นเมื่อ 1

สิงหาคม 2025, from https://www.rama.mahidol.ac.th/poisoncenter/th/poiscov/snake?utm_source=chatgpt.com

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2563). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป เล่ม 1: อาการวิทยาและวิธีตรวจวินิจฉัย* (พิมพ์ครั้งที่ 5). โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2563). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป เล่ม 2: การดูแลรักษา* (พิมพ์ครั้งที่ 5). โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

สภาการพยาบาล. (2565). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง กำหนดรายการยาและสารวินิจฉัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ. 2565*. ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 139, ตอนพิเศษ 288 ง, หน้า 31.

สภาการพยาบาล. (2564). *ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564*. ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 138, ตอนพิเศษ 286 ง, หน้า 53.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, (2561). MOPH ED TRIAGE. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.

โรงพยาบาลหนองใหญ่. (พ.ศ.2565). สถิติรายงาน Under triage

โรงพยาบาลหนองใหญ่. (พ.ศ.2566). สถิติรายงาน Under triage

โรงพยาบาลหนองใหญ่. (พ.ศ.2567). สถิติรายงาน Under triage

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางโชษิตา ปัตตาสงคราม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๑๐๖๘๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๐๖๘๐	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยโดยใช้อาการนำเตือนภาวะวิกฤติ (Early warning signs)				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ER : ตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม 2565 เวลา 19.13 น. ถึงวันที่ 3 พฤษภาคม 2565 เวลา 23.50 น. รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องฉุกเฉิน 4 ชั่วโมง 37 นาที
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. คำจำกัดความของโรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หมายถึง ภาวะที่มีลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจ Coronary ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจได้รับความเสียหาย
2. แนวคิดของระบบไหลเวียนเลือด

2.1. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนเลือด

หัวใจ (Heart) ถือเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดในการทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตออกไป มีน้ำหนักประมาณ 350 กรัม หัวใจมีหน้าที่สูบฉีดโลหิตเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หัวใจประกอบด้วยกล้ามเนื้อหัวใจ มีโพรง หรือช่องอยู่ภายใน ตั้งอยู่ในช่องอกค่อนข้างมาทางด้านซ้าย อยู่ระหว่างปอดทั้งสองข้างเหนือกระบังลม มีเยื่อหุ้มภายนอกและเยื่อภายในเพื่อป้องกันการเสียดสีและกระเทือน หัวใจถูกแบ่งออกเป็น 2 ซีก โดยมีผนัง กั้นกลาง ซีกซ้ายบรรจุโลหิตแดงหรือโลหิตออกซิเจนสูง ส่วนซีกขวาบรรจุโลหิตดำหรือโลหิตออกซิเจนต่ำ และยังแบ่งออกเป็น 2 ห้อง (Atrium) และห้องด้านล่าง (Ventricle) ดังนั้นจึงแบ่งหัวใจออกเป็นห้องย่อย ๆ ได้ 4 ห้อง

2.2. หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ (Coronary system) เส้นเลือดที่มีแขนงไปเลี้ยงหัวใจมี 2 แขนง คือ Right และ Left coronary artery

- Left coronary artery แบ่งออกเป็น 2 แขนง ได้แก่ Circumflex artery ซึ่งเริ่มต้นจาก Atrioventricular sulcus ซึ่งอยู่ระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่างด้านซ้าย โดยไปเลี้ยงผนังของหัวใจห้องบนและห้องล่างด้านซ้าย ส่วนอีกแขนงของ Left coronary artery คือ Anterior interventricular artery อยู่ระหว่างร่องของหัวใจห้องล่าง นำเลือดไปเลี้ยงผนังของหัวใจห้องล่างทั้งซ้ายและขวา

- Right coronary artery แยกออกมาทาง Atrioventricular sulcus ระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่างด้านขวา จากนั้นแบ่งออกเป็น 2 แขนง แขนงแรก คือ Posterior interventricular artery จะผ่านไปเลี้ยงผนังของ Ventricle ด้านซ้ายและขวา ส่วนอีกแขนงหนึ่งได้แก่ Marginal artery ผ่านมาทางด้านล่างของหัวใจ นำเลือดไปเลี้ยงผนังของหัวใจห้องล่างและห้องบนด้านขวา

3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคนี้เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งทำให้เลือดที่จะไหลเวียนไปยังหัวใจถูกขัดขวาง และเมื่อหัวใจไม่ได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเหมาะสม กล้ามเนื้อหัวใจก็จะเสื่อมสภาพและเริ่มตาย หากไม่ได้รับการรักษาจนความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นเป็นบริเวณกว้าง หัวใจก็จะหยุดเต้นและเสียชีวิตในที่สุด โดยสาเหตุที่ทำให้เลือดไม่สามารถไปหล่อเลี้ยงหัวใจได้อย่างเพียงพอ

4. พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยหลอดเลือดแดงแข็งเกิดจากมีไขมันและเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบต่างมาเกาะตัว เป็นกลุ่มอยู่ที่ผนังของหลอดเลือดและมีพังผืดห่อหุ้มเอาไว้เรียกกลุ่มที่เกาะตัวนี้ว่า พลาคว (Plaque) จึงทำให้ทางไหลของเลือดแคบลง หากพังผืดเกิดแตกออก
5. อาการแสดงทางคลินิกของหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยส่วนใหญ่อาการนำที่มาของผู้ป่วยจะมาด้วยจุดแน่นหน้าอก
6. การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: ECG) เป็นการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่สำคัญที่สุด
7. การประเมินผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ดูจากอาการนำของผู้ป่วยและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
8. แนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
 - 8.1 ติดเครื่องตรวจติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่สามารถทำ defibrillation ได้
 - 8.2 ควรให้ออกซิเจนเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 90
 - 8.3 ให้ short acting nitrates เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก
 - 8.4 อาจให้ opioid ทางหลอดเลือดดำ เช่น morphine เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอกในกรณีอาการรุนแรง
 - 8.5 อาจให้ยาคลายกังวล เช่น ยากลุ่ม benzodiazepine เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
 - 8.6 แนวทางการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion therapy)
 - First medical contact (FMC) หมายถึงผู้เห็นเหตุการณ์คนแรก ณ จุดแรกที่พบผู้ป่วย โดยอาจเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หรือ ผู้ที่สามารถแปลผล ECG และทำ defibrillation ได้
 - STEMI diagnosis หมายถึงเวลาที่ให้การวินิจฉัยว่าเป็น STEMI จาก ECG จุดนี้จะเริ่มนับเวลาเป็น “0” ปัจจุบัน ใช้คำว่า “STEMI diagnosis to fibrinolysis or wire crossing time” แทนคำเดิมคือ “door-to-needle” และ “door-to-balloon”
 - Primary PCI strategy หมายถึง แนวทางส่งผู้ป่วยไปสวนหัวใจและเปิดหลอดเลือดที่อุดตันทันที ซึ่งวิธีนี้เป็น การรักษาที่ได้ผลดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในประเทศไทยที่ไม่สามารถทำ primary PCI ได้ ทุกแห่ง ถ้าระยะเวลาในการส่งตัวผู้ป่วยไปทำ primary PCI (นับเวลาจาก การวินิจฉัย STEMI ถึง wire crossing หน่วยเป็นนาที) น้อยกว่า 120 นาที ควรส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาโดยวิธี primary PCI แต่ถ้าหากมากกว่า 120 นาที ควรให้การรักษา โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด

9. การประเมินทางการพยาบาล

- การซักประวัติ
- การตรวจร่างกาย
- การประเมินเพื่อการวินิจฉัยเค้าโครงเรื่องโดยย่อ
- แนวทางการประเมินทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิดแบบแผนการทำหน้าที่ทางด้าน

สุขภาพของกอร์ดอน เป็นการซักประวัติแบบทบทวนตามระบบเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค (Finding risk factor)

10. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจหนึ่งนาทีลดลง (Low cardiac output) ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก (Chest pain) เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจาก การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ และปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกในหนึ่งนาทีลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวล เนื่องจาก ความเจ็บป่วยของตนเอง

11. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายระยะพักฟื้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก (Chest pain) เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 วิตกกังวล เนื่องจาก ความเจ็บป่วยของตนเอง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 161 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มาโรงพยาบาลด้วยประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน คือ 12 ชม.ก่อนมา ขณะกำลังขับรถหลังจากรับประทานอาหาร มีอาการเจ็บหน้าอกซ้ายร้าวไปไหล่ซ้าย pain score=5/10 มาตรวจแล้ว ผล Trop T Negative EKG no ST-T change แพทย์สั่งฉีดยา Losec 40 mg. IV Tramol 50 mg IV Buscopan 20 mg. IV อาการปวดพอๆเดิม Pain Score=5/10 แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน หลังกลับบ้านได้ 1.30 ชม. มีอาการคลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง เป็นเศษอาหาร แน่นหน้าอกมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ในวันที่ 3 พฤษภาคม 2565 สภาพอาการแรกพบ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บหน้าอก Pain Score 8/10 มีเหงื่อออก สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 72

ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 162/105 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 97 เปอร์เซนต์แพทย์มีแผนการรักษา EKG 12 lead ผล STE at V2,V3,V4 ,Q wave at V2,V5,V6 , TWI at at aVR ,aVL DTX= 171 mg/dl. Trop -T Positive GRACE risk score =121 คะแนน(หลัง20.00น. ไม่มี lab.) Chest x-ray Cephalization both lung เวลา 20.10น.ให้ยาLasix 40 mg. IV เวลา 20.25น. ให้ยา ASA 300 mg. 1 tab oral stat , clopidogrel 4 tab oral stat ให้นอนพักบนเตียง สังเกตอาการเจ็บหน้าอก เวลา 21.00น. สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 75ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 163/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 98เปอร์เซนต์ Pain Score =6/10 เวลา 21.30น. ให้ยา Isordil5 mg. 1 tab SL เวลา22.20น. ให้ยา Isordil5 mg. 1 tab SL เวลา 22.37น. ให้ยา Enoxaparin 6 mg. SC เวลา 22.38อน. ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลชลบุรี เวลา 23.25 น. ให้ยา Streptokinase 1.5miU drip in 60 min. เวลา 23.50 น. โรงพยาบาลชลบุรีตอบกลับ แพทย์เฉพาะทางพิจารณาให้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือเพื่อสวนหัวใจที่โรงพยาบาลชลบุรี และโทรส่งข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะโรคหัวใจ (Coronary care unit) ให้คำแนะนำ พร้อมทั้งอธิบายเพิ่มเติมกับญาติอีกครั้ง เรื่อง อาการ แนวทางการรักษา การส่งรักษาต่อกับแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ ประเมินสัญญาณชีพก่อนนำส่งผู้ป่วย อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 99เปอร์เซนต์ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาลชลบุรี แพทย์ได้ทำการ PPCI (Primary Percutaneous Cardiac Intervention) วันที่ 4 พฤษภาคม 2565 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามีนัดติดตามอาการ และนัดรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหนองใหญ่จนถึงปัจจุบัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีศึกษา ดังนี้

1. มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เนื่องจากเส้นเลือดแดงหัวใจตีบ
2. มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
4. ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความเข้าใจในภาวะของโรคและแนวทางการรักษา
5. เสี่ยงต่อการทรุดลงขณะส่งต่อผู้ป่วยรักษาต่อ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องฉุกเฉิน 4 ชั่วโมง 37 นาที และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 1 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติ และคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองใหญ่ จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้ง ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้ มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดย เน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผนรวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูลเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงาน และเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการกรณีศึกษา และ เผยแพร่เอกสารวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) จำนวน 1 ราย

ER : ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 3 (เดือน) พฤษภาคม 2565 เวลา 19.13 น. ถึงวันที่ 3 (เดือน) พฤษภาคม 2565 เวลา 23.50 น. รวมระยะเวลาในการดูแล 4 ชั่วโมง 37 นาที

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ลดอัตราการเสียชีวิต และสามารถส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลชลบุรีได้อย่างปลอดภัย และ ทันท่วงที

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ในหน่วยงาน

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ในขณะกำลังให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้และประสานงานกับโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า มีผู้มารับบริการจำนวนมาก และมีผู้ป่วยฉุกเฉินอาการรุนแรงอื่นๆ มาทำการรักษาพร้อมๆ กัน ทำให้ไม่สามารถดูแลและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้เพียงพอ นอกจากนี้ยังมีปัญหาของยาที่จำเป็น และเครื่องมืออุปกรณ์ที่ยังไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินนี้อย่างรวดเร็วก่อนส่งต่อ

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจสุขภาพ คิดว่าสุขภาพแข็งแรงมาตลอด และยังไม่ทราบอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายต่อชีวิต จึงไม่ได้มาโรงพยาบาลตั้งแต่แรกที่มีอาการ และระหว่างส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชลบุรี ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ตลอดเวลา พยาบาลที่นำส่งผู้ป่วยต้องมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินอาจเกิดขึ้นระหว่างนำส่งผู้ป่วย

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ประชาชนทั่วไป โดยมุ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับปัจจัยของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยการใช้สื่อต่างๆ ที่เข้าถึงและการเข้าถึงบริการ โดนัใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

2. การพัฒนาระบบรถฉุกเฉินที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ และทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ มีความสะดวกในการติดต่อและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง เพื่อที่จะสามารถส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

3. มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤต สำหรับพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพิ่มการติดตามผลลัพธ์ด้านคลินิก เช่น อัตราการรอดชีวิต อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้ายนำส่งไปรับการรักษาหัวใจ เพื่อทำการเปิดหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือ ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention) เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางโชษิตา ปัตตาสงคราม สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  ผู้ขอประเมิน

(นางโชษิตา ปัตตาสงคราม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569

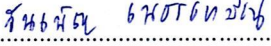
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวกมลภรณ์ อยู่ดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

วันที่ 23 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นางสาววันเพ็ญ เพชรเหมือน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลหนองใหญ่

วันที่ 24 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นางสาวน้ำเพชร เจียบแหลม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่

วันที่ 26 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๒๖ มิ.ย. ๒๕๖๙ พ.ศ.

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง แนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยโดยใช้อาการนำเตือนภาวะวิกฤติ (Early warning signs)

2.หลักการและเหตุผล

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และการเจ็บป่วยสำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 7 คน ทุก 60 นาที แม้ว่าจะยังไม่มีสถิติแน่นอนเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่การเกิดโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและพบมากในคนอายุน้อยลงช่วงอายุเพียง 30-40 ปี และจัดเป็น 1 ใน 5 ของกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตราเข้ารักษามากที่สุดของโรงพยาบาลและอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดย้อยละ 40-50 มีภาวะช็อคจากหัวใจ เสียชีวิตร้อยละ 9 ภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะปอดบวมน้ำ ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากที่สุดถึง 1/3 ของผู้ป่วยทั้งหมด

โรงพยาบาลหนองใหญ่เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ มีขนาด 30 เตียงให้บริการระดับปฐมภูมิ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute coronary syndrome : ACS)เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินหนึ่งใน 5 อันดับโรคของหน่วยงานเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ ต้องเฝ้าระวัง เพื่อค้นหาภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI อันเป็นสาเหตุที่สำคัญของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในหน่วยงาน จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม ACS ในปี พ.ศ. 2568 ทั้งหมด 10 คน วินิจฉัยเป็น STEMI 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60ของผู้ป่วยทั้งหมด เสียชีวิตนอกหน่วยงาน 1 คน อัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของ กลุ่มโรคที่เสียชีวิตทั้งหมด การรักษาผู้ป่วย STEMI เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลหนองใหญ่ มีการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรคหัวใจใกล้ที่สุด ระยะทางประมาณ 50 กิโลเมตร ใช้เวลาในการส่งต่อประมาณ 1 ชม. เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยคือ มุ่งเน้นระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยที่รวดเร็วและเข้าถึงประชาชน เพื่อคัดกรองภาวะ STEMI ที่รวดเร็ว ให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อถึงโรงพยาบาลหนองใหญ่เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase อย่างรวดเร็วที่สุด

ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การคัดกรองโรคที่เหมาะสม เพื่อที่จะให้การรักษาที่ทันท่วงที จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี พบว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ถือว่าเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่น้อยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นขณะรับการดูแลรักษา ดังนั้นนโยบายด้านการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลจึงมุ่งเน้นที่จะมีการปรับปรุงแนวทางในการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมให้ ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องการออกแบบแนวทางปฏิบัติการดูแลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เน้นที่การออกแบบระบบป้องกันและเฝ้าระวังเชิงรุก ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย โดยการออกแบบและพัฒนาระบบงานจะช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพและปลอดภัย เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถทำได้ในทันที ดังนั้นในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้กลวิธี/ เครื่องมือที่สามารถใช้ในการดูแลเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ในการวินิจฉัยอาการเบื้องต้นเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่ออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพต่อไป ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะจัดทำวิธีปฏิบัติงานเรื่อง “แนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยโดยใช้อาการนำเตือนภาวะวิกฤติ (Early warning signs)” โดยเน้นอาการที่เข้าได้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีอาการนำที่เข้าได้ ดังนี้ แน่นหน้าอกปวดร้าวไปกราม จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เหนื่อย มีเหงื่อออกตัวเย็น เวียนศีรษะ วูบ ใจสั่น จุกแน่นคอ เจ็บกราม กระสับกระส่าย เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินที่สำคัญของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
3. เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI)

ระยะเวลาในการดำเนินการ มิถุนายน- ธันวาคม 2569

กลุ่มเป้าหมาย

เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองใหญ่

ขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย(STEMI) ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองใหญ่ จำนวนการเข้าถึงการรักษา ซักถามจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการออกมารับผู้ป่วย Fast track MI
2. ทบทวนข้อมูลนำมาปรับให้เหมาะสมกับโรงพยาบาล
3. จัดทำแนวทางปฏิบัติในโรงพยาบาล
4. จัดให้มีพยาบาลบริการด้านหน้าให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวก

5. นิเทศติดตามและสะท้อนข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานจัดประชุมสื่อสารแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างปฏิบัติงานและรับ-ส่งเวร
6. จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยไปยังแผนกต่างๆจัดให้มีระบบการประสานงานระหว่างจุดคัดกรองกับแผนกต่างๆ

7. สรุปผลการดำเนินงาน ปรับปรุงการดำเนินงาน

ขั้นตอนการปฏิบัติการใช้ แนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยโดยใช้อาการนำเตือนภาวะวิกฤติ

(Early warning signs)

1. ชี้แจงในที่ประชุมในหน่วยงานเพื่ออธิบายแนวทางการประเมินอาการของผู้ป่วย อาการนำใดบ้างที่ต้องเฝ้าระวัง และควรทำ EKG ได้เลยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์

2. กำหนดอาการนำที่เข้าได้กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรทำ EKG ได้เลยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ ดังนี้

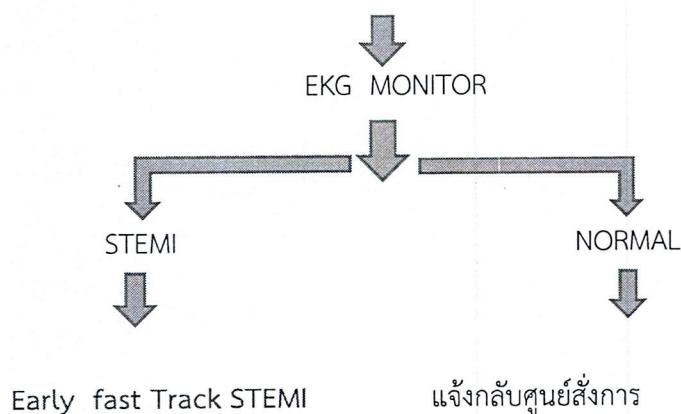
- แน่นหน้าอกปวดร้าวไปกราม
- จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
- เหนื่อย มีเหงื่อออกตัวเย็น
- เวียนศีรษะ วูบ ใจสั่น
- จุกแน่นคอ เจ็บกราม
- กระสับกระส่าย บอกไม่ได้เป็นอะไร

3. นำเสนอทีม PCT เพื่อประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

แนวทางปฏิบัติโดยในผู้ป่วยห้องฉุกเฉินสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทจากดังนี้

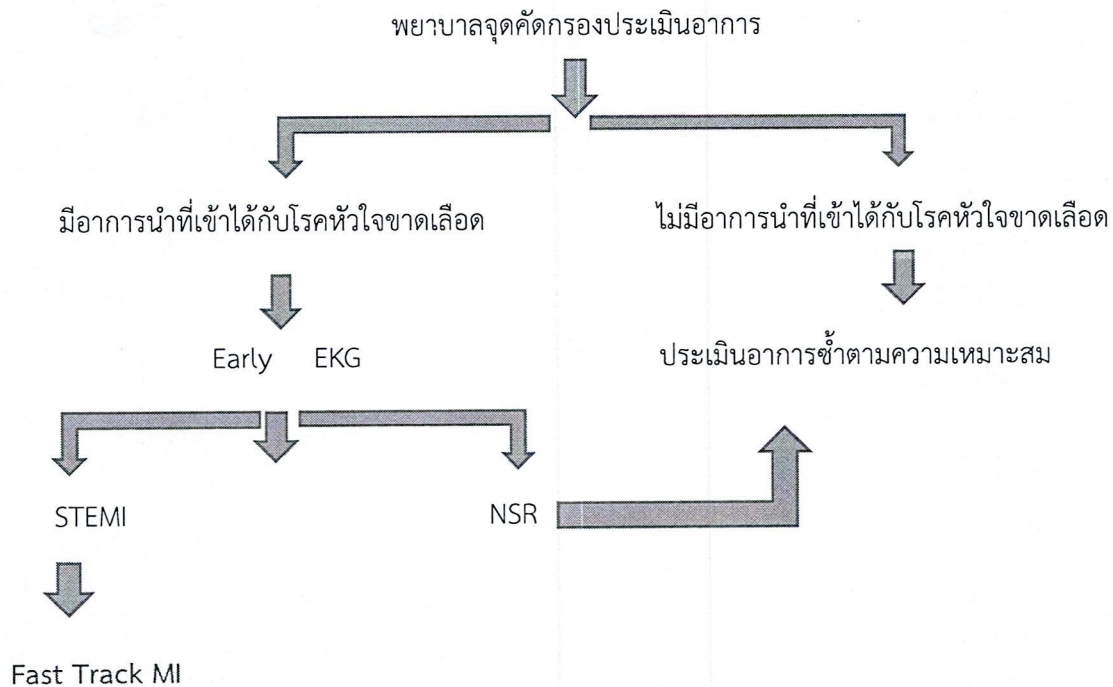
1. มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

หัวหน้าทีม EMS ประเมินอาการผู้ป่วย



แจ้งไปยังศูนย์สั่งการให้ห้องฉุกเฉินเตรียมความพร้อม

2. ผู้ป่วยมาจากบ้านโดยญาตินำส่ง



หมายเหตุ

1. ผู้รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เมื่อรับแจ้งแล้วสงสัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย(STEMI) ที่อาจจะเข้าได้กับ Fast track MI ให้แจ้งห้องฉุกเฉินทันที
2. จุดคัดกรองเมื่อผู้ป่วยมาแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลจุดซักประวัติมีหน้าที่ดังนี้
 - ประเมินสภาพแยกประเภทผู้ป่วย
 - แจ้งพยาบาลด้านในหากมีอาการนำที่เข้าได้กับโรคหัวใจขาดเลือดให้ Early EKG 12 lead ให้ผู้ป่วย
 - พบ EKG STEMI จัดเป็นผู้ป่วยเร่งด่วน ให้การปฐมพยาบาล ลัดคิวพบแพทย์
 - EKG NSR ไม่เร่งด่วนตรวจตามขั้นตอน
 - ประเมินดูผู้ป่วยที่รอรับบริการเป็นระยะๆ

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ปฏิบัติงานผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแนวทางการประเมินอาการนำเตือนภาวะวิกฤติ
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติโดยมีแนวทางการประเมินในแนวเดียวกัน

5.ตัวชี้วัด

1. อัตรา (Door to EKG) ภายใน 10 นาที ร้อยละ 100
2. อัตราการให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วย (Door to Needle) ภายใน 30 นาที ร้อยละ 80

3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEM! ในห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 0
4. อัตราการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉินลดลง

(ลงชื่อ)  ผู้ขอประเมิน

(นางโชษิตา ปัดตาสงคราม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569

เอกสารอ้างอิง

ปราณี ทุไพบเราะ. (2562). การพยาบาลอายุรศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. หจก. เอ็นพีเพรส กรุงเทพมหานคร.

โรงพยาบาลหนองใหญ่. (2568). รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลหนองใหญ่
วรวิทย์ รุ่งแสงมัญญ. (2564). Acute coronary syndrome (ACS).

http://med.swu.ac.th/internalmed/images/documents/handout/cardio/acs_update.pdf

ศศิธร ช่างสุวรรณ. การพัฒนาระบบการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2560; 8(3): 372-84

สมลักษณ์ ตัญญาวัชรรัตน์. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST
ยก (STEMI) ที่ได้รับยา Streptokinase. <https://yrh.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/04/km-02042024.pdf>

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย
ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.