



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ๑ ๖๖๖๗

วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสพักท้งเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิทยาปัทมคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบกรคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการระดับชำนาญการ จำนวน ๒ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๑๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะพักท้งให้พักท้งได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

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

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวลักษณา เกตุเอี่ยม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช
๒	นางสาวจินตนา เจริญสรพกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายพงศ์ธัช ปัจฉานนท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวลักขณา เกตุเอี่ยม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๑๐๖๖๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๐๖๖๘	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับ มีภาวะหายใจล้มเหลว				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพัฒนาแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” สุชาติ หงษ์วงษ์					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 26 พฤษภาคม 2568 ถึงวันที่ 26 พฤษภาคม 2568

รวมระยะเวลาที่ได้รับไว้ดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 ชั่วโมง 5 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และภาวะจากติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) นับเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความร้ายแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของผู้ป่วยทั่วโลก แม้กระทั่งองค์การอนามัยโลกก็ได้ประกาศให้ภาวะนี้เป็นวาระสำคัญด้านสาธารณสุขที่ทั่วโลกต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างจริงจัง สำหรับประเทศไทย ในแต่ละปีมีคนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะนี้มากกว่า 200,000 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตโดยรวมสูงถึงร้อยละ 25-50 ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อผู้ป่วย ครอบครัวและบันทึกในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยให้อ่อนแอลง ดังนั้น การวินิจฉัยภาวะนี้ให้ได้อย่างรวดเร็วและเริ่มการดูแลรักษาให้แก่ผู้ป่วยอย่างทันทั่วทั้งที่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งยวด อย่างไรก็ตาม ในเวชปฏิบัติกลับพบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตกลับมีความหลากหลายและไม่สอดคล้องกันในหลายประเด็น ขึ้นอยู่กับบริบท องค์ความรู้ความพร้อม และศักยภาพของสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน (รศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2566)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทยและอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปีและมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต ประมาณ 45,000 รายต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากมาย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) โรงพยาบาลพานทองพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี 2566-2568 จำนวน 830 คน คิดเป็นร้อยละ 37.34, 38.21, 31.46 ตามลำดับ พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.12 (สถิติรายงานอัตราการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลพานทองปี 2566-2568) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงเป็นกลุ่มอาการที่จัดอยู่ในภาวะเร่งด่วนที่ต้องการการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว การรักษาแบบประคับประคองภายใน 1-6 ชั่วโมงแรก

มีความสำคัญโดยเฉพาะการตรวจหาเชื้อที่ก่อโรค การให้ยาต้านจุลชีพที่ถูกต้อง การให้สารน้ำ 0.9% nacl หรือ Acetate ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วและเพียงพอ การให้ vasoactive inotropic agent เพื่อแก้ไข tissue hypoxia รวมทั้งการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว จะช่วยลดความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การรักษาที่ได้ผลดีสูงสุดจะต้องพึ่งประสบการณ์และความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่ายร่วมกันให้ข้อมูลและช่วยกันในการรักษา โดยทั่วไปการรักษาและควบคุมภาวะติดเชื้อนั้นๆประกอบด้วย การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม การผ่าตัดเอาหนองหรือเนื้อเยื่อที่ติดเชื้อออกและการรักษาแบบภาวะ shock และประคับประคองภาวะ organ dysfunction อื่นๆ เช่น การให้สารน้ำที่เหมาะสม แก้ไขภาวะ electrolyte ที่ผิดปกติ ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ดี การใช้ ventilator support การ monitor ที่เหมาะสมร่วมกับการใช้ vasopressors ที่เหมาะสม การรักษา ด้วย anti-inflammatory agents ต่างๆ เพื่อที่จะลดอัตราการตาย เพราะเราทราบว่าพยาธิกำเนิดของ sepsis เป็นผล จากการกระตุ้น inflammatory cytokines ต่างๆ (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2569)

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงอย่างเป็นระบบและให้ได้ผลดีนั้น การตรวจ วินิจฉัย การรักษาอย่างรวดเร็วในการดูแลรวมถึงการบริหารยา ให้การพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ต้องการความรู้ความชำนาญของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ รวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสม เพื่อให้การดูแลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม

พยาธิสภาพของการติดเชื้อในกระแสเลือด

การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะที่มีความเกี่ยวเนื่องกันอย่างซับซ้อนของเชื้อโรคระบบภูมิคุ้มกันต้านทานทั้งระดับ เซลล์และฮอโมน ทำให้มีผลต่ออวัยวะอย่างกว้างขวาง โดยเริ่มจากการติดเชื้อ เชื้อโรคต่างๆ จะสร้าง toxin มากกระตุ้น monocyte, neutrophil และ endothelial cell ให้หลั่ง mediators เช่น TNF และ IL-1 ซึ่งจะไปกระตุ้นการหลั่ง cytokines ร่วมกับการกระตุ้น complement pathway, coagulation system, platelet activating factors ฯลฯ ส่งผลให้ภาวะเซลล์บุผิวหลอดเลือดทำงานผิดปกติ (endothelial dysfunction) เซลล์บุผิวหลอดเลือด (Endothelial) เป็นส่วนสำคัญ ในพยาธิสรีรวิทยาของภาวะติดเชื้อรุนแรง เนื่องจากเป็นส่วนที่ได้รับผลจากกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammation) เป็นลำดับแรก และมีบทบาทในกระบวนการเกิดโรคทั้งในด้านที่เป็นส่วนที่เลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ และในส่วนที่เป็นแหล่งที่สร้างสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการอักเสบ (inflammatory mediators) ต่อๆ ไปโดยผลรวมจากกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammation) ทำให้ระบบเลือด (vasomotor tone) มีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีการขยายตัวและหดตัวของหลอดเลือด การเกาะติดของเกล็ดเลือด และเม็ดเลือดขาวกับผนัง หลอดเลือด การรั่วซึมของผนังหลอดเลือด ตลอดจนการเริ่มต้นกระบวนการแข็งตัวของเลือด กระตุ้น coagulation cascade ส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือด ขัดขวางระบบไหลเวียนเลือด เหล่านี้ส่งผลให้เลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลงและความสามารถของเนื้อเยื่อในการนำออกซิเจนไปใช้ลดลง ทำให้อวัยวะต่างๆ

ทำงานลดลงหรือเสื่อมหน้าที่ไป อวัยวะต่างๆทำงานผิดปกติรวมถึงการทำงานของหัวใจและเกิดภาวะช็อกทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (Min Huang et al, 2019)

สาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดจากการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ดังนี้ (แสงสม เพิ่มพูน, 2563)

- 1) เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิด septic shock มีทั้งแกรมบวกและแกรมลบ
- 2) เชื้อรา ไวรัส และโปรโตซัวก็สามารถทำให้ช็อกได้แต่มีอุบัติการณ์น้อย
- 3) โรคเรื้อรังและมีภาวะทุพโภชนาการ
- 4) ได้รับการผ่าตัดมีการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ เข้าในร่างกาย
- 5) ผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้
- 6) ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด เป็นต้น

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความรุนแรงของการติดเชื้อในกระแสเลือด (แสงสม เพิ่มพูน, 2563)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา พอสรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิด ความรุนแรงของกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสโลหิต ประกอบด้วยการมีโรคประจำตัว การทำหัตถการต่างๆ ที่ต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกาย การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรียและสาเหตุอื่นๆ ดังนี้ (Rosenberger et al, 2018)

1. การมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคของเม็ดเลือดขาวบางชนิด โรคตับแข็ง โรคภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกายบกพร่องชนิดต่างๆ เช่น ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งโรคประจำตัวเหล่านี้จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรคทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกายรวมถึงผู้ที่ได้รับยากดระบบภูมิคุ้มกันต้านทานอยู่ เช่น ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ หรือยาเคมีบำบัดรักษาโรคมะเร็ง
2. การทำหัตถการต่างๆ ที่ต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกาย ซึ่งจะเป็นการนำเชื้อโรคให้ เข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายสวนปัสสาวะ การสอดใส่ท่อเข้าหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำต่างๆ การใส่สาย/ท่อเข้าหลอดเลือด เพื่อการรักษาบางวิธี เช่น การสวนหัวใจ หรือ การมีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในร่างกาย เช่น มีลิ้นหัวใจเทียม
3. การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรีย การที่แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะชนิดที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียได้ หลายชนิด (Broad-Spectrum Antibiotics) ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิดนานเกินไป หรือให้ยาปฏิชีวนะหลายๆ ชนิดพร้อมกันหรือให้โดยไม่จำเป็น จะทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้อรา และเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่ายขึ้น เนื่องจากยาจะฆ่าแบคทีเรียชนิดที่อาศัยเป็นปกติในร่างกายของเรา (แบคทีเรียประจำถิ่น หรือ Normal Flora) ไปด้วย ซึ่งปกติแบคทีเรียเหล่านี้จะช่วยจำกัดการเจริญเติบโตของเชื้อราบางชนิดได้
4. สาเหตุอื่นๆ เช่น ถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ที่เกิดแผลเป็นบริเวณกว้าง เชื้อโรคก็จะเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย และการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด

อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2569)

อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือดมีอาการดังนี้ ใช้หนาวสั่น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตลดลง ระดับความรู้สึกตัว ลดลง รวมกับอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในแต่ล้วยะ อาการทางระบบหัวใจและระบบ ไหลเวียนโลหิต ในระยะแรกจะเป็นลักษณะช็อกชนิดที่ cardiac output เพิ่มขึ้น systemic vascular resistance ลดลง ลักษณะอาการทางคลินิก คือ ผู้ป่วยจะมีลักษณะตัวแดง มือเท้าอุ่น ชีพจรเร็วแต่แรง (bounding pulse) มี pulse pressure กว้างร่วมกับ diastolic blood pressure ต่ำมา cardiac output จะลดลงและ systemic vascular resistance จะเพิ่มขึ้น ลักษณะอาการทางคลินิก คือ มีตัวลาย มือเท้าเย็น prolonged capillary refill (มากกว่า 2 วินาที) ชีพจรเบาเร็ว มีการเปลี่ยนแปลง ระดับความรู้สึกตัว หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 1 มล./กก./ชม. ในผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาอาการต่างๆ จะดีขึ้นภายในเวลา 24-96 ชั่วโมง ใน ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อาจพบภาวะช็อกรุนแรงร่วมกับอาการของการ ทำงานของอวัยวะล้มเหลวมากขึ้น เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดจากหลอดเลือดแดงใหญ่ไปเลี้ยงอวัยวะ ต่างๆ ลดลง มีภาวะ myocardial suppression, vasodilatation และ vascular leakage การไหลเวียนของ เลือดเข้าสู่หลอดเลือดขนาดเล็กลดลง มีภาวะ myocardial suppression, vasodilatation และ vascular leakage การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่หลอดเลือดขนาดเล็กลดลง และเกิดภาวะแข็งตัวของเลือดที่ ผิดปกติไป ทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และเป็นจุดเริ่มต้นของภาวะล้มเหลวในการทำงานของหลายอวัยวะ (Multiple organ failure) ได้

ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะที่มีการทำงานผิดปกติของอวัยวะจนเสี่ยงต่อการ เสียชีวิต ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการควบคุม การตอบสนองของร่างกายจากการติดเชื้อ (life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection)

สรุปอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2569)

1. ใช้สูง หรือ อุณหภูมิต่ำกว่าปกติ หนาวสั่น
2. หายใจเร็ว หรือหายใจลำบาก
3. หัวใจเต้นเร็ว (มากกว่า 90 ครั้งต่อนาที)
4. ผิวหนังอุ่น ขึ้น หรือมีเหงื่อออก
5. ซึม สับสน หรือสับสนมาก
6. ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหัว หรือรู้สึกไม่สบายตัวอย่างมาก
7. คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเสีย

เกณฑ์การวินิจฉัย (Clinical criteria) (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2569)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะวินิจฉัยเมื่อสงสัยหรือมีหลักฐานว่าติดเชื้อร่วมกับ SOFA score ≥ 2

1. การซักประวัติทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิด ภาวะช็อกจาก การติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อกขั้นรุนแรงต่อไป ได้แก่ แหล่งของการติดเชื้อ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว อาการสำคัญและประวัติความเจ็บป่วย ต่างๆ

2. การตรวจร่างกายระบบต่างๆ เพื่อประเมินระยะของช็อก

2.1 ระบบประสาท ในระยะแรกที่มีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic เพิ่มการหลั่งของ Epinephrine ร่วมกับการลดลงของความดันโลหิต ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกกระสับกระส่าย หงุดหงิด สับสน เมื่อภาวะช็อกก้าวหน้าจนเข้าสู่ระยะหลัง ผู้ป่วยจะซึมลงและไม่รู้สึกตัว

2.2 ผิวหนัง จากการกระตุ้นระบบ Sympathetic ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือด เกิดการกระตุ้นบริเวณผิวหนังและต่อมเหงื่อ ผิวหนังผู้ป่วยจะมีสีชมพูและอุ่นในระยะแรก แต่เมื่อภาวะช็อกดำเนินต่อไป จะมีการทำงานของระบบ Sympathetic มากขึ้น ผิวหนังก็จะมีลักษณะเย็นขึ้นเช่นเดียวกับภาวะช็อกอื่น ๆ

2.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ชีพจรเบาเร็วจากการกระตุ้นของระบบประสาท Sympathetic เพื่อรักษาระบบไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ ความดันโลหิตลดลงต่ำลง โดยความดันโลหิต ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทหรือมีความดันโลหิตลดลงมากกว่า 40 มิลลิเมตรปรอทจาก ระดับความดันโลหิตเดิม รวมถึงการมีผลต่างของความดันโลหิต(pulse pressure) แคบกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท Capillary Refill Time นานกว่าปกติจากหลอดเลือดมีการหดตัว บ่งบอกถึงความสามารถของการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลาย

2.4 ระบบหายใจ ในภาวะช็อกเนื้อเยื่อของร่างกายจะมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอและ เนื้อเยื่อต่างๆ ขาดออกซิเจน เกิดการเผาผลาญโดยไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้มีการคั่งของ Lactic acid ร่างกายจะอยู่ในภาวะกรดจากการเผาผลาญ (Metabolic Acidosis) และปรับชดเชยด้วยการหายใจ เร็วขึ้น

2.5 ระบบไต การไหลเวียนโลหิตลดลงในระยะหลัง ทำให้จำนวนปัสสาวะน้อยลงจน ไม่มีปัสสาวะออกเลย ควรรักษาจำนวนปัสสาวะให้ได้มากกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ปัสสาวะที่น้อยกว่านี้แสดงว่าเกิดการตายเฉียบพลันของท่อไต (Acute Tubular Necrosis) จากเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ

SOFA score (Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment)

เป็นการประเมินความรุนแรงของความผิดปกติของอวัยวะซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

SOFA score

Variables	SOFA Score				
	0	1	2	3	4
Respiratory PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg	≥ 400	< 400	< 300	< 200†	≤ 100†
Coagulation Platelets x 10 ³ /μL	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Liver Bilirubin, mg/dL	1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	12.0
CVS Hypotension	MAP ≥ 70 mmHg	MAP < 70 mmHg	DoP < 5 or DoB (any dose)§	DoP 5.1-15, or Epi 0.1, or Norepi 0.1§	DoP 15, or Epi 0.1, or Norepi 0.1§
CNS GCS scale	15	13-14	10-12	6-9	6
Renal Cr, mg/dL or urine output, mL/d	1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 or 500	5.0 or 200

ตารางที่ 1 แสดง SOFA score (Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment)

Noted. From SOS score (search out severity score), WHO. Clinical care of sepsis [online].2023.[cited2024April16].Available from:<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/Clinical-services-and-system/Clinical-management-of-sepsis>.

ตารางที่ 2 แนวปฏิบัติและการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ SOS score (search out severity score)

score	3	2	1	0	1	2	3
temp		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
Sys BP	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	Vasopressor
HR	≤40		41-50	51-100	100-120	121-139	≥140
RR	≤8	on ventilator		9-20	21-25	26-35	≥35
Neuro			New Confusion Agitation	A Alert	V Respond to voice	P Respond to pain	U Unresponsiveness
Urine/day		≤500	501-999	≥1,000			
Urine/8hr		≤160	161-319	≥320			
Urine/4hr		≤80	81-159	≥160			
Urine/1 hr		≤20	21-39	≥40			
Vasopressor = Dopamine, Levophed, Dobutamine, Adrenaline on Ventilator = ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ							

Noted. From SOS score (search out severity score), Evans, Rhodes, Alhazzani, Antonelli, Coopersmith, French, & Levy, (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7929579/>

MEWS Score (Modified Early Warning Score) คือเครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจากสัญญาณชีพ เพื่อช่วยคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงอย่างรวดเร็ว เช่น ภาวะช็อก หายใจหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้น (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2569)

1. องค์ประกอบที่ใช้ประเมิน MEWS

- 1.1 อัตราการหายใจ (Respiratory Rate)
- 1.2 อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate)
- 1.3 ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure)
- 1.4 อุณหภูมิร่างกาย (Temperature)

- 1.5 ระดับความรู้สึกตัว (AVPU)
- 1.5.1 A = Alert (รู้สึกตัวดี)
- 1.5.2 V = Voice (ตอบสนองต่อเสียง)
- 1.5.3 P = Pain (ตอบสนองต่อความเจ็บปวด)
- 1.5.4 U = Unresponsive (ไม่ตอบสนอง)
2. การแปลผลคะแนน MEWS Score (Modified Early Warning Score)
- 0 คะแนน : ติดตามตามปกติ
- 1-4 คะแนน : ความเสี่ยงต่ำ เพิ่มความถี่ในการประเมิน
- 5-6 คะแนน : ความเสี่ยงปานกลาง ควรแจ้งแพทย์หรือทีม Rapid Response Team ทันที
- ≥ 7 คะแนน : ความเสี่ยงสูง ภาวะวิกฤต พิจารณาดูแลใน ICU หรือเฝ้าระวังใกล้ชิด
3. ประโยชน์ของ MEWS Score (Modified Early Warning Score)
- 3.1 ช่วยค้นหาผู้ป่วยที่กำลังทรุดลงได้เร็ว
- 3.2 ลดอัตราการเกิด Cardiac Arrest ในโรงพยาบาล
- 3.3 ช่วยสื่อสารความรุนแรงของอาการระหว่างทีมรักษา
- 3.4 ใช้ได้ทั้งหอผู้ป่วยทั่วไป ห้องฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยวิกฤต

ตารางที่ 3 แสดง MEWS Score (Modified Early Warning Score)

MEWS (Modified Early Warning System)							
รายการประเมิน	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
อัตราการหายใจต่อนาที	น้อยกว่า 8			9 - 14	15 - 20	21 - 29	มากกว่า 30
อัตราการเต้นของหัวใจต่อนาที		น้อยกว่า 40	40 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	มากกว่า 129
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)	น้อยกว่า 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		มากกว่า 200	
ระดับความรู้สึกตัว (AVPU)	ไม่ตอบสนอง	ตอบสนองต่อความเจ็บปวด	ตอบสนองต่อเสียง	ตื่นรู้	กระสับกระส่าย สับสน		
อุณหภูมิร่างกาย (°C)		น้อยกว่า 35.0	35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 38.5	มากกว่า 38.6	
ปริมาณปัสสาวะ 2 ชั่วโมง	น้อยกว่า 10 มล./ชม.	น้อยกว่า 30 มล./ชม.	น้อยกว่า 45 มล./ชม.				

การแปลผลคะแนนรวม MEWS	
0 คะแนน (ปกติ)	▶ สัญญาณชีพปกติ ดูแลและประเมินตามรอบปกติ
1 - 4 คะแนน (ความเสี่ยงต่ำ)	▶ จากการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ควรประเมินสัญญาณชีพซ้ำ (เช่น ทุก 2 - 4 ชม.) และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
5 - 6 คะแนน (ความเสี่ยงปานกลาง)	▶ อาการเริ่มทรุดลง ควรรายงานแพทย์ประเมินอาการทันที ถัดตามสัญญาณชีพทุก 30 - 60 นาที
7 คะแนนขึ้นไป (ความเสี่ยงสูง)	▶ ผู้ป่วยอาจเข้าภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง หรือ Sepsis) ต้องรายงานแพทย์ทันที เตรียมความพร้อมย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)

Noted. From MEWS Score (Modified Early Warning Score), Oltean, & Radu, (2022). *The Open Anesthesia Journal*, 16, Article e187432182203110. <https://openanesthesiajournal.com/VOLUME/12/PAGE/26/FULLTEXT/>

การวินิจฉัยภาวะ Septic shock (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2569)

Septic shock หมายถึงผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และเมตาบอลิซึมของ เซลล์รุนแรงขึ้นจนเพียงพอที่จะทำให้เพิ่มโอกาสในการเสียชีวิตมากขึ้น (a subset of sepsis in which underlying circulatory and cellular metabolism abnormalities are profound enough to substantially increase mortality)

เกณฑ์การวินิจฉัย (Clinical criteria) โดยต้องมีครบทั้ง 3 ข้อ

1. ภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรงจนต้องอาศัยยา vasopressors เพื่อรักษาระดับ mean arterial pressure ให้ได้ ≥ 65 mmHg (Persisting hypotension requiring vasopressors to maintain MAP ≥ 65 mmHg) (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2567)
2. ระดับ Serum lactate level > 2 mmol/L (18mg/dL)
3. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในเบื้องต้นเพียงพอแล้ว

อาการเพิ่มเติมของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2569)

1. ความดันโลหิตต่ำมาก และไม่ตอบสนองต่อการรักษา
2. สับสนเฉียบพลัน หรือมีอาการง่วงซึมมากขึ้น
3. เวียนศีรษะอย่างรุนแรง
4. ปัสสาวะน้อยลงอย่างมาก หรือไม่ปัสสาวะเลย
5. หายใจลำบากมาก
6. ริมฝีปากหรือผิวหนังมีสีเขียวคล้ำ
7. ผิวหนังช้ำและเย็น

การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2569)

1. เปิด IV เบอร์ 18-20 อย่างน้อย 2 เส้น ให้สารน้ำอย่างน้อย 30 mL/kg/hr ภายใน 1 ชั่วโมงแรก
2. เจาะ Hemoculture 2 specimen, CBC, BUN, Cr, Electrolytes, LFT, DTX
3. ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำที่ครอบคลุมเชื้อหลัง Hemoculture ภายใน 1 ชั่วโมงแรก.
4. หลังได้สารน้ำ 30 mL/kg/hr แล้ว MAP < 65 mmHg พิจารณาให้ vasopressors โดยแนะนำความเข้มข้นที่เหมาะสมสำหรับ Peripheral line คือ Norepinephrine 4 mg+5%D/W 100ml เริ่ม 5 mL/hr titrate ทีละ 3 mL/hr ทุก 15 นาที Keep MAP > 65
5. ใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง
6. บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกและประเมิน SOS Score สัญญาณชีพและ SOS Score ผู้ป่วยเข้าที่ห้องฉุกเฉินภายใน 1-2 ชม.

หลักการรักษาประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 อย่าง คือ

1. การกำจัดเชื้อและแหล่งติดเชื้อ
2. ให้ Intensive Life support
3. การให้การรักษารองซึ่งช่วยทำให้ผลการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดดีขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (แสงสม เพิ่มพูน, 2563)

1. การพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน การตรวจร่างกายเบื้องต้นและมีความแม่นยำในการใช้เครื่องมือประเมินทั้งตามเกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลว (Sequential Organ Failure Assessment: SOFA) หรือเกณฑ์การประเมิน MEWS Score (Modified Early Warning Score) กรณีประเมินผู้ป่วยแล้วพบว่า มีคะแนน 5-6 คะแนน หมายถึงความเสี่ยงปานกลาง ควรแจ้งแพทย์หรือทีม Rapid Response Team ทันที คะแนน ≥ 7 คะแนน ความเสี่ยงสูง ภาวะวิกฤต พิจารณาดูแลใน ICU หรือเฝ้าระวังใกล้ชิด ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หมายถึงการทำหน้าที่ของร่างกายมีความล้มเหลว ถือว่ามีความเสี่ยงสูงต้องได้รับการดูแลเร่งด่วนทันที เพื่อแก้ไขภาวะช็อก โดยจัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำปริมาณ 30ml/kg หรือ 1,500ml ภายใน 1 ชั่วโมง (กรณีไม่มีข้อห้าม) เจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อและตรวจสิ่งที่จำเป็นต่างๆที่ต้องใช้ในการรักษา เช่น CBC, Serum lactate, BUN, Cr, Electrolyte และ Blood sugar เป็นต้น ดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมง ประเมินซ้ำในเรื่องภาวะช็อก ด้วยการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที โดยต้องรักษาค่า MAP > 65 mmHg และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ทำหน้าที่ประสานงานกับหอผู้ป่วยที่จะรับผู้ป่วยส่งต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดูแลรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

2. การพยาบาลระยะวิกฤตขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วตามแนวทาง sepsis fast track สามารถประเมินและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) หัวใจและการไหลเวียนเลือด การหายใจ สมองและไต รวมทั้งให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการติดตามประเมินอาการผู้ป่วย ช่วยแพทย์ในการใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) วัดการเปลี่ยนแปลงขนาดหลอดเลือดดำส่วนกลางขนาดใหญ่ (Inferior vena cava: IVC) เพื่อคาดการณ์การตอบสนองต่อการให้สารน้ำ สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบการหายใจล้มเหลว และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจได้เป็นอย่างดี ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หรือยากระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด ประเมินระดับความรู้สึกตัว รวมถึงสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ต้องรายงานแพทย์ทันที

3. การพยาบาลระยะพักฟื้นขณะอยู่ในหอผู้ป่วยและการวางแผนจำหน่ายเมื่อกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยอาการและอาการแสดงของระบบไหลเวียนโลหิตและสัญญาณชีพคงที่ แพทย์จะพิจารณาให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมายคือเตรียมผู้ป่วยให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพโดยเร็วที่สุด โดยให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุของการเกิดโรค การป้องกันการเกิดโรค อาการและอาการแสดงหรือการดำเนินของโรคที่ควรต้องรับมาโรงพยาบาลก่อนที่โรคจะมีความรุนแรงมากขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (ทัญญู ศรีวิสัย และวิมล อ่อนแสง, 2560)

1. การประเมินภาวะ sepsis และ septic shock โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการใช้แบบประเมินต่างๆ
2. ช่วยแพทย์ควบคุมกำจัดแหล่งติดเชื้อ ด้วยการส่งตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture)
3. การดูแลให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ เพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ
4. การดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ พยาบาลควรติดตามปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจได้แก่ Central Venous Pressure (CVP) ค่าปกติ 8-12 cmH₂O และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับสารน้ำในปริมาณมากและรวดเร็ว การประเมินภาวะน้ำเกิน
5. การดูแลการให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด (Vasopressors) พยาบาลมีหน้าที่ติดตามระดับความดันโลหิต และปรับขนาดยาตามแผนการรักษา รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา
6. การดูแลให้ออกซิเจน เพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายมีออกซิเจนอย่างเพียงพอกับความ ต้องการ พยาบาลควรให้ออกซิเจนผู้ป่วยตามความเหมาะสม และปรับการให้ออกซิเจนเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ O₂ Saturation Room Air > 95%
7. การดูแลให้ยา Adrenaline หากให้การรักษาด้วย Vasopressors แล้วค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ยังมีค่าต่ำกว่า 65 mmHg พิจารณาให้ Adrenaline Intravenous พยาบาลควรให้ยาด้วย ความระมัดระวัง ติดตามสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุกครั้ง
8. ติดตามการเผาผลาญของร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่เพียงพอและควรควบคุมระดับ น้ำตาล ในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80-150 มก/ดล. พยาบาลควรติดตามระดับน้ำตาลและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและ น้ำออกเป็นระยะ ๆ
9. การดูแลความสบายต่างๆของผู้ป่วย เช่นการเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาลดไข้ การให้ความอบอุ่นแก่ ผู้ป่วย รวมทั้งการยกวางกันเตียงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มหรือการป้องกันผู้ป่วยถึงอุปกรณ์ต่างๆ ในกรณีที่ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
10. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจยอมรับการ เจ็บป่วยและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา

แนวทางการดูแลก่อนส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ทัญญู ศรีวิสัย และวิมล อ่อนแสง, 2560)

1. take Hemoculture 2 specimen พร้อมกัน จากแขนข้างละ 1 specimen
2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2 เส้น พร้อมกัน (ไม่จำเป็นต้อง cut down)
3. ใส่สายสวนปัสสาวะ (ทั้งปัสสาวะที่ค้างในกระปัสสาวะก่อนด้วย)
4. เก็บ specimen จากตำแหน่งที่สงสัยมีการติดเชื้อหรือทำการเพาะเชื้อ
5. specific treatment - start antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย

community acquired (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2569)

1. Ceftriaxone 2 g หรือ ceftriaxone 2 g IV + amikin 750 mg IV stat (ให้ 1 dose กรณี septic shock)

2. Healthcare associated infection - the most appropriate broad spectrum antibiotic
supportive treatment (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2569)

1. ให้สารน้ำ 0.9% nacl หรือ Acetate 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว (Load 1-2 L)
2. Urine output > 30 ml/hr (ไม่รวมปัสสาวะที่ค้างอยู่ก่อน)

ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) (วิจิตรา กุสุมภ์และคณะ, 2560)

ภาวะหายใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่ระบบหายใจไม่สามารถทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย โดยอาจทำให้เกิดการลดลงของออกซิเจนในเลือดแดง (hypoxemia , $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) หรือมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hypercapnia, $\text{PaCO}_2 > 50$ and $\text{pH} < 7.3$) หรือทั้งสองแบบรวมกันได้

ชนิดของภาวะการหายใจล้มเหลว (วิจิตรา กุสุมภ์และคณะ, 2560)

ภาวะการหายใจล้มเหลวเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1.Type I, Acute hypoxic respiratory failure (AHRF) ภาวะการหายใจล้มเหลวที่มีระดับก๊าซออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่าปกติน้อยกว่า 60 mmHg โดยมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงเป็นปกติหรือต่ำกว่าปกติ เล็กน้อย

2.Type II, Ventilatory failure ภาวะการหายใจล้มเหลว ที่มีระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง มากกว่า 50 mmHg ส่วนใหญ่เกิดจากโรคของระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ควบคุมการหายใจเข้าออก เช่นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง

3.Type III, perioperative respiratory failure ภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัด
ลักษณะ การเกิดคล้ายกับ hypoxemic respiratory failure กลไกหลักคือเกิด atelectasis

4.Type IV, Shock ภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือด ได้แก่ ภาวะช็อกที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่นการได้รับบาดเจ็บทรวงอก หรือการติดเชื้อในกระแสเลือด

อาการและอาการแสดงของภาวะการหายใจล้มเหลว (ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, และยุพิน พูลกำลัง, 2561)

1. ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) พบอาการกระสับกระส่าย ภาวะหนาวเย็น การรับรู้ต่อสถานที่ เวลา บุคคลเสียไป สับสนตัดสินใจผิดจนถึงไม่รู้สีกตัว ระยะแรกซีฟวรจะเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ปริมาณ เลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น เมื่อภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) ยังคงอยู่นานซีฟวรจะเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง (cardiac output) และเกิดหัวใจเต้นผิดปกติตามมา ปอดเกิดการหดตัวเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนมีผลทำให้เกิดกรดแลคติกมีภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis)

2. ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) ทำให้เกิดคาร์บอนไดออกไซด์คั่งโดยจะไปกดระบบประสาทส่วนกลางทำให้ผู้ป่วย ซึมลง หลอดเลือดที่สมองขยายตัวทำให้ความดันในสมองเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ มึนงง นอนหลับมาก กล้ามเนื้อสั่นผิดปกติ เหนื่อยออก ระดับความรู้สึกตัวลดลง จนถึงไม่รู้สีกตัว

การวินิจฉัยภาวะการหายใจล้มเหลว (วิจิตรา กุสุมภ์และคณะ, 2560)

1. การซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือสาเหตุ
2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ ผิวหนัง และการบาดเจ็บทางทรวงอก
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจ ABG, CBC, Electrolyte และการตรวจเสมหะเพาะเชื้อ
4. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก เพื่อประเมินสาเหตุการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดจากระบบหายใจ
5. การวัดความสามารถในการระบายอากาศ โดยใช้เครื่องวัดปริมาณอากาศที่หายใจเข้าออก (spirometer)

การรักษาภาวะการหายใจล้มเหลว (วิจิตรา กุสุมภ์และคณะ, 2560)

1. การแก้ไขภาวะ hypoxemia และ hypercapnia
2. การแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด
3. การรักษา cardiac output ให้อยู่ในระดับปกติหรือเพิ่ม cardiac output
4. การรักษาโรคที่เป็น สาเหตุ
5. การป้องกันหรือหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวด้วยการใช้ออกซิเจน (ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, และยุพิน พูลกำลัง, 2561)

1. การให้ออกซิเจนชนิดไม่รุกราน ได้แก่ Oxygen cannula , Oxygen mask with bag หรือ High Flow Nasal cannula (HFNC) บทบาทหลักของพยาบาล คือการติดตามเฝ้าระวังการเกิดความล้มเหลวของระบบหายใจ โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ ตรวจวัด Oxygen saturation ติดตามและแปลผล Arterial Blood Gas : ABG ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะและช่วยดูดเสมหะ ดูแลสุขอนามัย ในช่องปาก สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง บันทึกสีกลืน ลักษณะของเสมหะ บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย ปีกจมูกบาน ภาวะหายใจลำบากใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ เมื่อมีความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และเตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ

2. การช่วยหายใจชนิดรุกราน โดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ควรติดตามลักษณะการหายใจและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือ ทุกครั้งที่มีเสียงเสมหะ จัดสายเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมป้องกันการดึงรั้ง จัดท่าผู้ป่วยให้นอนศีรษะสูง กระตุ้นให้อาบน้ำ เปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัว เคาะปอดเพื่อให้เสมหะระบายออกได้ดีขึ้น ดูแลสุขอนามัยในช่องปาก วัด cuff pressure ให้อยู่ระหว่าง 20 - 30 cmH₂O ติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะปอดแฟบ โดยการล้างมือก่อนและหลังการให้การพยาบาล สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและบันทึก สี กลืน ลักษณะของเสมหะรวมทั้งวัดบันทึกสัญญาณชีพ Tidal Volume, Minute Volume, Airway Pressure ทุก 2 ชั่วโมง ประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 142 เซนติเมตร ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีไข้หนาวสั่น 1 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายเหลว 3 ครั้ง มีมูกเลือดปน รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีใจสั่น ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะออกปกติ ยังไม่ได้รักษาที่ใด มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รักษาโรงพยาบาล พานทอง แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (26 พฤษภาคม 2568 เวลา 17.45 น.) ประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบได้ ทำตามคำสั่งได้ coma score E4M6V5 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 87/58 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ตรวจเยื่อเมือก ผู้ป่วย แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ให้เจาะเลือดเพาะเชื้อ (Hemoculture 2 specimen), lactate 2.7, ให้สารน้ำ Acetate 1000 มิลลิลิตร อย่างรวดเร็วทางหลอดเลือดดำ 500 มิลลิลิตร หลังจากนั้นให้ปรับอัตราการหยดต่อเนื่องที่ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ เบอร์ 16 ได้ปัสสาวะสีเหลืองใสสะอาด แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพื่อใหยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone ขนาด 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง

ระหว่างสังเกตอาการและเจาะเลือด ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 32-40 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วย อธิบายผู้ป่วยและญาติเรื่องการรักษา การใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลีก 22 เซนติเมตร ฉีดยา valium 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray) ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่พบภาวะหัวใจโตหรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ไม่พบภาวะปอดติดเชื้อ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยยังมีหายใจเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ (ETT) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ (ETT) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ (ETT) อัตราการหายใจ 38-40 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาให้ยา Fentanyl 50 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ ต่อด้วย Fentanyl 250 ไมโครกรัม ผสมใน 0.9% NaCl 45 มิลลิลิตร อัตราการหยด 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงผ่านเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ก่อนให้ยา Fentanyl ความดันโลหิต 137/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ (ETT) หลังให้ยา Fentanyl ความดันโลหิต 90/64 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 134 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ (ETT) รายงานแพทย์จึงลด Fentanyl อัตราหยดเหลือ 3 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังให้สารน้ำอย่างรวดเร็วทางหลอดเลือดดำ 500 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 146/104 มิลลิเมตรปรอท ประสานส่งตัวผู้ป่วยผ่านศูนย์รีเฟอร์โรงพยาบาลศูนย์ ระหว่างการประสานงาน ได้ประเมินผู้ป่วยซ้ำ พบว่าความดันโลหิตต่ำ 77/56 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว Acetate ทางหลอดเลือดดำ ให้ครบ 1000 มิลลิลิตร หลังจากนั้นปรับอัตราการหยดต่อเนื่องที่ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed (1:25) 4 มิลลิลิตร ผสมใน

5%D/W 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการหยุด 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงผ่านเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ และให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1. ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของแพทย์ 5. เสี่ยงต่ออาการทรุดลงขณะส่งต่อผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว จากการติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อโรงพยาบาลศูนย์รับเคส ประเมินสัญญาณชีพก่อนนำส่งผู้ป่วย ความดันโลหิต 116/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 % ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 22 เซนติเมตร รู้สึกตัว(E4M6VT) เหนื่อยลดลง ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว เคลื่อนย้ายผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาลชลบุรี เวลา 19.50 น. รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ตั้งแต่วันที่ 26 พฤษภาคม 2568 เวลา 17.45 น. ถึงวันที่ 26 พฤษภาคม 2568 เวลา 19.50 น. รวมระยะเวลาที่ได้รับไว้ดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2 ชั่วโมง 5 นาที

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพานทอง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว

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 รวมทั้งการให้ข้อมูลเรื่องการประสานส่งต่อ สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนการส่งต่อ

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

4.3.2 เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

4.3.3 เพื่อการรักษาอย่างมีระบบ และมีแบบแผน ทำให้เกิดความมั่นใจกับผู้ป่วยและทีมการพยาบาล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง

4.3.4 เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 26 พฤษภาคม 2568 เวลา 17.45 น. ถึงวันที่ 26 พฤษภาคม 2568 เวลา 19.50 น. รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแล 2 ชั่วโมง 5 นาที

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลแก้ไขภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว ไม่มีอาการทรุดลงและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคในขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล มีการประเมินอาการของผู้ป่วยที่ถูกต้องและรวดเร็ว มีการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการให้สารน้ำ การให้ยาเพิ่มความดันโลหิตและการทำหัตถการต่างๆ ที่ถูกต้องและรวดเร็ว มีการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและรวดเร็ว และได้รับการดูแลส่งต่อรักษาโรงพยาบาลศูนย์เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวภายในหน่วยงานและเพื่อลดอัตราการตายจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

7. ความยุ่งยากในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลในระยะช็อก เพื่อป้องกันภาวะคุกคามต่อชีวิตต้องทำการแก้ไขภาวะช็อกโดยเร็ว

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต รวมไปถึงการประเมินผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ การให้ยา ให้สารน้ำรวมถึงการเฝ้าระวังภาวะช็อกมีความสำคัญต่ออัตราการรอดชีวิต นอกจากนั้นโรงพยาบาลพานทองเป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีหอผู้ป่วยวิกฤต(Intensive Care Unit) จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการหนักเพื่อเข้ารับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลศูนย์

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลควรมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลเฝ้าระวัง รวมถึงประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างใกล้ชิด และรับรายงานแพทย์ทันทีหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

9.2 พยาบาลควรมีความรู้ ความสามารถในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ตลอดจนต้องเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยาที่จำเป็น ให้มีความพร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉิน และต้องประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทุก 5-15 นาที เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง fentanyl และ Levophed

10. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวลักขณา เกตุเอี่ยม สืบส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)¹
 (นางสาวลักขณา เกตุเอี่ยม) ผู้ขอประเมิน

(นางสาวลักขณา เกตุเอี่ยม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 13 เดือน 11.11 พ.ศ. 2569

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ 

(นางมณฑนา กวีวัชรวรรณ)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

วันที่ 27 เดือน กค. พ.ศ. 2569

ลงชื่อ 

(นางสาวพัชรี หมั่นกล้าหาญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพานทอง

วันที่ 27 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

ลงชื่อ 

(นายปิยะวิทย์ หมดมลทิน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

วันที่ 31 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

ลงชื่อ 

(นายภุชงค์ สกลแพทย์)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๑ เดือน ส.ค. ๒๕๖๙ พ.ศ.

แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (severe sepsis) และ ภาวะช็อกจากสาเหตุติดเชื้อ (septic shock) เป็นภาวะวิกฤตทางการแพทย์และมักเป็นเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อในกระแสเลือดหลายชนิดทั่วโลก ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พบอัตราการเสียชีวิตในปี 2566-2568 คิดเป็นร้อยละ 37.34, 38.21, 31.46 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ พบ 4 สาเหตุคือ 1.ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล 2.การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ 3.ระบบการส่งต่อ/การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางล่าช้า 4.ความแออัดและภาระงานที่สูงของบุคลากรทางการแพทย์ (สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2565)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (severe sepsis) และ ภาวะช็อกจากสาเหตุติดเชื้อ (septic shock) ต้องใช้การเพาะเชื้อจากเลือด ผลการเพาะเชื้อจากเลือดนอกจากจะช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคแล้วยังเป็นข้อมูลสำหรับการรักษาโดยการเลือกยาต้านจุลชีพ ดังนั้น การเพาะเชื้อจากเลือดจึงเป็นการตรวจที่สำคัญอย่างยิ่ง การเพาะเชื้อขึ้นได้เร็ว วินิจฉัยชนิดเชื้อและตรวจความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพได้ถูกต้องจะนำไปสู่การเลือกใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและได้ผลการรักษาที่ดี อย่างไรก็ตาม การเพาะเชื้อจากเลือดอาจจะได้ผลลบทั้ง ๆ ที่มีเชื้อ เพราะเชื้อขึ้นช้า อันเนื่องจากเชื่อนั้นเพาะไม่ขึ้นโดยวิธีปกติ เชื้อเจริญเติบโตช้าหรือผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพมาก่อนและปัญหาจากการเพาะเชื้อจากเลือดที่สำคัญประการหนึ่งคือ เพาะได้เชื้อทั้ง ๆ ที่ไม่มีเชื่อนั้นในเลือดหรือที่เรียกว่าการปนเปื้อนเชื้อ การปนเปื้อนในการเพาะเชื้อจากเลือดมีสาเหตุจากการปนเปื้อนในทุกขั้นตอนในกระบวนการได้แก่ การเจาะเลือด การเตรียมขวดเพาะเชื้อ การเตรียมอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อ การถ่ายเลือดเข้าสู่ขวดเพาะเลี้ยงเชื้อ หรือการ Subculture ลงในอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อและในกระบวนการเพาะและแยกชนิดของเชื้อในห้องปฏิบัติการ การตรวจพบเชื้อที่ปนเปื้อนจะนำไปสู่การวินิจฉัยโรคที่ผิด การรักษาที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาต้านจุลชีพเกินความจำเป็นและอันตรายที่เกิดแก่ผู้ป่วยตามมา (อนุกุล เปล่งปลั่ง, 2564)

จากรายงานการเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ของโรงพยาบาลพานทอง ปี2567 มีการเก็บเลือดเพาะเชื้อจำนวน1,089 ราย พบการปนเปื้อน (contaminate) 61ราย คิดเป็นร้อยละ 5.6 และปี2568 มีการเก็บเลือดเพาะเชื้อจำนวน1,039 ราย พบการปนเปื้อน(contaminate) 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.49 (สถิติรายงานการเก็บเลือดเพาะเชื้อโรงพยาบาลพาน

ทองปี2567-2568) ผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงจัดทำแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วย ฉุกเฉิน เพื่อลดการปนเปื้อนในการเพาะเชื้อจากเลือด เพื่อป้องกันการวินิจฉัยโรคที่ผิด การรักษาที่ไม่เหมาะสม และการให้ยาต้านจุลชีพเกินความจำเป็น

3. บทวิเคราะห์/ แนวคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สำหรับแนวทางปฏิบัติในการเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ (Blood Culture) การเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ (Blood Culture) ตามหลักทฤษฎีและการปฏิบัติ สามารถจำแนกขั้นตอนสำคัญออกเป็น 3 ระยะ (Three Phases of Laboratory Testing) เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของกระบวนการทั้งหมดที่ส่งผลต่อความแม่นยำและความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนี้ 1. ระยะก่อนการวิเคราะห์ (Pre-analytical Phase) ขั้นตอนนี้ถือเป็นจุดที่สำคัญที่สุดและเกิดความผิดพลาดได้ง่ายที่สุด (Human Error) เนื่องจากพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ดำเนินการหลัก ณ ข้างเตียงผู้ป่วย ปริมาตรเลือด ช่วงเวลาและตำแหน่ง เทคนิคปลอดเชื้อ 2. ระยะการวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ (Analytical Phase) เมื่อส่งตรวจถูกส่งไปถึงห้องแล็บ กระบวนการจะถูกควบคุมด้วยมาตรฐานทางวิทยาศาสตร์และเครื่องมืออัตโนมัติ การบ่มเพาะเชื้อ การตรวจจับการเจริญเติบโต การย้อมสีและเพาะเชื้อต่อ 3. ระยะหลังการวิเคราะห์ (Post-analytical Phase) เป็นขั้นตอนการนำผลแล็บไปใช้จริงในการรักษา ซึ่งต้องอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกที่รวดเร็วและถูกต้อง การรายงานผลวิกฤตการณ์ผลการวิเคราะห์กระบวนการเจาะเลือดเพาะเชื้อชี้ให้เห็นว่า "ผลลัพธ์ที่ถูกต้องในห้องแล็บ เริ่มต้นจากความเทคนิคที่แม่นยำ ณ ข้างเตียงผู้ป่วย" หากกระบวนการในระยะ Pre-analytical ทำได้ไม่ดี (เช่น เจาะเลือดปริมาณน้อยเกินไป หรือผิวหนังไม่สะอาด) ต่อให้ห้องแล็บจะมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพียงใด ก็ไม่สามารถสะท้อนสถานะการติดเชื้อที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเป็นระบบและให้ได้ผลดีนั้น การตรวจ วินิจฉัย การรักษาอย่างรวดเร็วในการดูแลรวมถึงการ บริหารยา ให้การพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ต้องการความรู้ความชำนาญของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่มี ความรู้ความสามารถ รวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสม เพื่อให้การดูแลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม หากมีการปนเปื้อนในการเพาะเชื้อจากเลือด อาจนำไปสู่การวินิจฉัยโรคที่ผิด ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมและการให้ยาต้านจุลชีพเกินความจำเป็นหรือไม่เหมาะสมได้ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2564)

ตามหลัก SafetyGoals หรือมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (อ้างอิงตามมาตรฐานสากล IPSG และเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goals ของไทย) เพื่อลดอัตราการปนเปื้อนและสร้างความปลอดภัยสูงสุด จากแนวคิดการแยกเชื้อก่อโรคออกจากเชื้อปนเปื้อน (Pathogen vs. Contaminant Concept) ผิวหนังของมนุษย์มีแบคทีเรียประจำถิ่น (Normal flora) อยู่หนาแน่น หากเทคนิคการเจาะเลือดไม่สะอาดพอ เชื้อเหล่านี้จะหลุดเข้าไปเจริญเติบโตในขวดเพาะเชื้อ ทำให้แพทย์เข้าใจผิดว่าเป็นเชื้อก่อโรคในกระแสเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น (Over-treatment) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการดื้อยาสาเหตุจากการปนเปื้อนในขั้นตอนการเจาะเลือดเพาะเชื้อที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ ความสะอาดก่อนการเจาะเลือด การเจาะเลือด การเตรียมขวดเพาะเชื้อ การถ่ายเลือดเข้าสู่ขวดเพาะเลี้ยงเชื้อ จึงจัดทำแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อลดการปนเปื้อนในการเพาะเชื้อจากเลือด อันจะ

นำไปสู่การวินิจฉัยโรคที่ผิด ให้การรักษาที่ไม่เหมาะสมและการให้ยาต้านจุลชีพเกินความจำเป็น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2021)

ข้อจำกัดในการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉินคือผู้ป่วยหาเส้นเลือดเจาะยาก สภาพผิวที่แห้งและความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย เพื่อลดการปนเปื้อนในการเพาะเชื้อจากเลือด จึงมีการพัฒนาแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลพานทอง มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และสามารถถ่ายทอดความรู้ ทักษะให้กับบุคลากรใหม่ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะในการเจาะเลือดเพาะเชื้อ และสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว

ระยะเวลาดำเนินการ สิงหาคม 2569 - มกราคม 2570

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชทุกคน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลและให้การเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน
4. จัดทำแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน อธิบายถึงขั้นตอนการปฏิบัติกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน
8. จัดทำคู่มือการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน
9. นำแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉินที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
10. สรุปผลการใช้แนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉินไปใช้ในแนวทางเดียวกัน และสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการปฏิบัติตามแนวทางการเจาะเลือดเพาะเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 100

ลงชื่อ ลักษณา เกตุเอี่ยม ผู้ขอประเมิน
(นางสาวลักษณา เกตุเอี่ยม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 13 เดือน ก.ค. พ.ศ. 2569

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด *community-acquired*. <https://hdcservice.moph.go.th>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุขและรายงานสถานการณ์สุขภาพ. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2564). คู่มือควบคุมและป้องกันแบคทีเรียต้านจุลชีพในโรงพยาบาล. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- ฉันทชนก วันดี, ปฏิพร บุญยพัฒนกุล, และ ศิริอร สิ้นธ. (2565). ช่องทางด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน วิทยาลัยพยาบาลสุตรปรีชาคุณศึกษาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
- ทิฏฐิ ศรีวิสัย, และ วิมล อ่อนเสียง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Nursing and Health Science Research)
- ทัศนี รอดภัย. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 56-67.
- ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, และ ยุพิน พูลกำลัง. (2561). คู่มือการพยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกแบบใช้หน้ากากช่วยหายใจ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัฐภูมิ ขามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, และ บุญส่ง พันสนุนทร. (2559). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย SEVERE SEPSIS และ SEPTIC SHOCK (พิมพ์ครั้งที่ 2). ค้นเมื่อ 5 มกราคม 2569, จาก <https://pubhtml5.com/vity/sbku/basic/51-67>
- โรงพยาบาลพานทอง. (2566). สถิติรายงานผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประจำปี 2566.
- โรงพยาบาลพานทอง. (2567). สถิติรายงานผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประจำปี 2567.
- โรงพยาบาลพานทอง. (2568). สถิติรายงานผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประจำปี 2568.
- วิจิตรา กุสมภ์ (บ.ก.). (2565). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม (Critical care nursing: a holistic approach) (พิมพ์ครั้งที่ 7). ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. (2569). UPDATE IN INFECTIOUS DISEASES 2026 (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย.
- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2569). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) และภาวะช็อกเหตุพิษติดเชื้อ (septic shock). สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2566). แนวทางปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.
- แสงสม เพิ่มพูน. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic shock) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. ในรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 (หน้า 1071-1081). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- อนุกุล เปล่งปลั่ง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระยอง.
- Evans, Rhodes, Alhazzani, Antonelli, Coopersmith, French, & Levy, (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7929579/>
- Huang, (2019). *The Role of Endothelial Dysfunction in Sepsis and High Mobility Group Box 1 Regulation*. *Frontiers in Physiology*, 10, 21. <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00021>
- Oltean, & Radu, (2022). *The Open Anesthesia Journal*, 16, Article e187432182203110. <https://openanesthesiajournal.com/VOLUME/12/PAGE/26/FULLTEXT/>
- World Health Organization. (2023). Clinical care of sepsis. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/Clinical-services-and-system/Clinical-management-of-sepsis>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวจินตนา เจริญสรรพกิจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
		พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๐๔๙๒๗	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๔๙๒๗	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การจัดทำคู่มือสื่อสารและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาที่เข้ารับการผ่าตัด				
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”		สุชาติ หงษ์วงษ์				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
2. ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที และติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 1 ครั้ง รวมวันที่อยู่ในการดูแล 2 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
โรคไส้ติ่งอักเสบ (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560)
โรคไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมช่องท้องที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องรุนแรง ที่ต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน หากพบมีอาการเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวา ควรนึกถึงโรคนี้ไว้ก่อน และรีบไปพบแพทย์ หากปล่อยทิ้งไว้นานไส้ติ่งที่อักเสบมักจะแตกทะลุ เป็นเหตุผลทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิตได้ โรคนี้เป็นโรคที่พบได้บ่อยในคนทุกช่วงวัยตั้งแต่เด็กอายุ 2 ปี ไปจนถึงผู้สูงอายุหรือแม้กระทั่งหญิงตั้งครรภ์ แต่จะพบมากในช่วงอายุ 10 - 30 ปี พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดในการประเมินสภาพผู้ป่วย การบรรเทาความไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง เตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดด่วนและให้การพยาบาลหลังการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นหาย และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560)

พยาธิสภาพของโรค (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2561)

ไส้ติ่งเป็นลำไส้ที่มีปลายตัน และยื่นออกจากลำไส้ใหญ่ส่วนต้น มีความยาวแตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 10 เซนติเมตร การอักเสบมักเริ่มจากการอุดตันภายในไส้ติ่ง สาเหตุอาจเกิดจากระบบน้ำเหลืองเพิ่มขึ้น ผิดปกติ ก้อนอุจจาระ สิ่งแปลกปลอมหรือเมล็ดผลไม้ พยาธิตัวกลมหรือพยาธิเส้นด้าย เนื้องอกของลำไส้ใหญ่ส่วนต้น หรือของไส้ติ่งเอง เมื่อมีการอุดตันเกิดขึ้น ส่วนไส้ติ่งที่อยู่ปลายต่อบริเวณอุดตันจะบวม และเริ่มมีการอักเสบในชั้นเยื่อหุ้ม ในระยะนี้เยื่อหุ้มจะแดงและมีจุดเลือดออกร่วมกับหลังมูกเพิ่มขึ้น ต่อมาจะมีแผลตื้นๆ ในเยื่อหุ้มและเริ่มมีหนองภายในไส้ติ่ง การอักเสบจะลามผ่านกล้ามเนื้อถึงชั้นระบบประสาทของลำไส้และในเยื่อช่องท้อง ทำให้มีของเหลวซึมเข้าในช่องท้อง ในช่องเหลวมีไฟโบรโนเจนซึ่งจะถูกเปลี่ยนเป็นไฟบรินในช่องท้อง ก่อนที่ห่อหุ้มไส้ติ่งที่เน่าหรือแตกจะกลายเป็นฝีหนอง บางรายจะแตกและหนองกระจายไปทั่วท้องหรือเปราะเปื้อนเฉพาะด้านขวาของช่องท้องได้ ในรายที่ติดเชื้อรุนแรงอาจเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้

สาเหตุของโรค (กาญจนา ร้อยนาค และชดช้อย วัฒนะ, 2559)

ไม่ทราบแน่ชัด แต่เกิดร่วมกับการเพิ่มจำนวนของแบคทีเรีย ส่วนใหญ่มีการอุดตัน ซึ่งอาจเกิดจาก

1. Fecalith ส่วนประกอบของ fecal material, calcium phosphate, bacteria และ epithelial debris พบได้ 40 เปอร์เซ็นต์ใน simple appendicitis, 65 เปอร์เซ็นต์ใน gangrenous appendicitis และ 90 เปอร์เซ็นต์ในกรณีมี Symptoms perforation
2. Lymphoid hyperplasia ในกลุ่มอายุน้อย อาจเกิดจากเชื้อบางชนิด เช่น virus
3. Stricture เกิดหลังจากมีการอักเสบมาก่อน มีสิ่งแปลกปลอม เช่น เมล็ดผลไม้
4. เนื้องอก ในกลุ่มสูงอายุ เช่น cecal cancer, appendiceal cancer
5. สาเหตุอื่น ๆ เช่น พยาธิตัวกลมหรือพยาธิเส้นด้าย ซึ่งปัจจุบันพบน้อย

อาการและอาการแสดง (พิมพา เชิญผึ่ง, 2564)

ลักษณะอาการที่เด่นชัดเด่นของไส้ติ่งอักเสบ คือ มีอาการปวดที่มีลักษณะต่อเนื่อง และปวดแรงขึ้น นานเกิน 6 ชั่วโมงขึ้นไป ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาก็จะมีอาการปวดอยู่หลายวัน จนผู้ป่วยทนไม่ไหว และต้องไปโรงพยาบาล ในระยะแรกผู้ป่วยอาจมีอาการปวดแน่นตรงลิ้นปี่คล้ายโรคกระเพาะ หรือบางรายอาจมีอาการปวด บิดเป็นพักๆ รอบๆ สะดือคล้ายอาการปวดแบบท้องเสีย แต่ถ่ายอุจจาระไม่ออก บางรายอาจมีอาการถ่ายเป็นน้ำ หรือถ่ายเหลวร่วมด้วย และต่อมามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารร่วมด้วย และอาการปวดมักจะเป็น อย่างต่อเนื่องและไม่ทุเลาลง ถึงแม้ว่าจะรับประทานยาแก้ปวด ผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 74 - 78 มักมีอาการเบื่อ อาหาร กินข้าวไม่ลงร่วมด้วยเสมอ ผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 50 มักมีอาการอาเจียนตามหลังอาการปวดท้อง ซึ่งมักจะเป็นเพียง 1 - 2 ครั้ง ต่อมาอีกประมาณ 4 - 6 ชั่วโมง หรืออาจนานกว่านี้ อาการปวดจะย้ายมาที่ท้องน้อย ด้านขวาด้านล่างสะดือ มีลักษณะปวดเสียวตลอดเวลา และจะเจ็บมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการขยับเขยื้อนตัว เดิน ไถ หรือจาม จึงทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ และบางรายอาจต้องนอนนิ่งๆ อยู่กับที่จากอาการปวด ที่ลุกลามทรมาณมากขึ้นเรื่อยๆ อาการปวดจะทุเลาลงได้ ด้วยการนอนหงายและตะแคงไปข้างหนึ่ง หรือเดินตัวงอ ซึ่งจะทำให้รู้สึกดีขึ้นและบางรายอาจรู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัวหรือมีไข้ได้ จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่าอาการสำคัญที่พบ ในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบมี 3 ประการ คือ ปวดท้อง อาเจียนและมีไข้ ซึ่งมีลักษณะดังนี้

1. อาการปวดท้อง ระยะเริ่มแรกจะรู้สึกปวดบริเวณสะดือ ต่อมาเมื่อมีการอักเสบเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะบอก ตำแหน่งที่ปวดอยู่บริเวณท้องน้อยด้านข้างขวา และจะปวดรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ถ้าไส้ติ่งแตกอาการปวดจะทุเลาลง ช่วงหนึ่ง และจะตามมาด้วยอาการปวดรุนแรงมากขึ้น และกระจายไปยังส่วนอื่นของช่องท้อง
2. อาการอาเจียน มักเกิดภายหลังเริ่มมีอาการปวดท้อง อาเจียนเป็นระยะๆ บางรายมีเบื่ออาหาร ร่วมด้วย อาจพบมีอาการท้องเสียได้
3. มีไข้ ผู้ป่วยเกือบทุกรายจะมีไข้ แต่อุณหภูมิมักสูงไม่เกิน 38.5 องศาเซลเซียส

การวินิจฉัยโรค (พิมพา เชิญผึ่ง, 2564)

การวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1. การซักประวัติที่สำคัญ เช่น อายุ เพศ ประวัติการเป็นโรคนี้ในครอบครัว และอาการ ที่สำคัญ ได้แก่ การปวดท้อง อาเจียน และมีไข้ เป็นต้น
2. การตรวจร่างกาย เป็นส่วนสำคัญที่สุดในการวินิจฉัย พบอาการสำคัญที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเป็น ไส้ติ่งอักเสบ ได้แก่ การกดเจ็บเฉพาะบริเวณที่ไส้ติ่งอยู่ (Localize tenderness) และการเจ็บสะท้อน (Rebound tenderness) ที่บริเวณท้องน้อยด้านขวาล่าง (McBurney's point) ตรวจโดย กดมือลงบริเวณจุดนี้ อย่างนุ่มนวล เมื่อเลิกพอ ปล่อยมือที่กดออกอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บมากขึ้นทันที การตรวจพบนี้แสดงว่า มีการระคายเคืองต่อเยื่อช่องท้องแล้ว สำหรับการตรวจร่างกายมักพบว่าผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 - 38.0 องศาเซลเซียส แต่มักไม่เกิน 38.5 องศาเซลเซียส บางรายอาจไม่มีไข้ และในรายที่มีไข้สูงอาจเกิดจากไส้ติ่งแตก หรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ปีกมดลูกอักเสบ จากการมีไส้ติ่งอักเสบจะทำให้ผนัง ช่องท้องอ่อนไหวต่อการสัมผัสเบาๆ มากขึ้น มีอาการกดเจ็บที่ท้องหรือหากมีการอักเสบของเยื่อช่องท้องมาก อาจมีอาการกดปล่อยแล้วเจ็บ (Rebound tenderness) ในกรณีที่มีไส้ติ่งของผู้ป่วยอยู่ตำแหน่งหลังลำไส้ใหญ่ อาจ ทำให้ไม่มีอาการเจ็บจากการตรวจทางหน้าท้องได้ เพราะลำไส้ใหญ่ที่เต็มไปด้วยอากาศจะกันไม่ให้แรงกดไปสัมผัส โตนไส้ติ่งที่อักเสบ ในกรณีเดียวกัน ถ้าไส้ติ่งอยู่ต่ำลงมาภายในอุ้งเชิงกราน ก็จะตรวจไม่พบอาการเจ็บหน้าท้องหรือ

หน้าท้องแข็ง เช่นกัน ในกรณีเช่นนี้การตรวจทางทวารหนักจะตรวจพบอาการเจ็บใน rectovesical pouch ได้ การกระทำใดๆ ที่เพิ่ม แรงดันในช่องท้อง เช่น การไอ จะทำให้มีอาการเจ็บที่ตำแหน่ง McBurney's point และเป็นวิธีตรวจหาตำแหน่ง ของไส้ติ่งที่อักเสบที่เจ็บน้อยที่สุด ถ้าตรวจหน้าท้องแล้วพบว่าหน้าท้องแข็งอย่างมาก โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจเกร็ง หน้าท้องแล้วเป็นไปได้มากกว่าจะมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบแล้ว ซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดโดยด่วน

การตรวจหาอาการแสดงเฉพาะ (Special signs)

Rovsing's sign การกดตรวจลิ้นบริเวณ iliac fossa ทางด้านซ้ายอาจทำให้มีอาการเจ็บบริเวณ iliac fossa ทางด้านขวา เป็นลักษณะของ Rovsing's sign หรือ Rovsing's symptom ใช้วินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้

Psoas sign เป็นการตรวจในท่านอนหงายยกต้นขาของผู้ป่วยต้านแรงกับผู้ตรวจ ผู้ป่วยจะแสดงอาการเจ็บมากขึ้นเมื่อต้านแรง บางครั้งไส้ติ่งอักเสบจะตรวจพบ Psoas sign เป็นบวก เพราะมีการระคายเคืองของกล้ามเนื้อ psoas

Obturator sign เป็นการตรวจผู้ป่วยในท่านอนหงาย ผู้ตรวจยก งอ ขา และข้อสะโพก ในลักษณะตั้งฉาก ผลการตรวจเป็นบวกเมื่อผู้ตรวจหมุนข้อสะโพกเข้าด้านใน (Internal rotation) และออกด้านนอก (External rotation) ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้นเมื่อขยับข้อสะโพกดังกล่าว บ่งบอกว่าการอักเสบของอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงกับกล้ามเนื้อ obturator

การฟังเสียงลำไส้ (Bowel sound) ในระยะแรกจะปกติ เมื่อปวดมากขึ้นเสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เมื่อมีการอักเสบมากขึ้นและมีท้องเดิน เสียงลำไส้ก็จะมากขึ้น และเมื่อมีไส้ติ่งแตกเสียงลำไส้จะหายไป

การตรวจทางทวารหนัก จะพบมีอาการเจ็บและกดเจ็บโดยเฉพาะบริเวณท้องน้อยด้านขวาล่าง โดยผู้ตรวจจะสวมถุงมือแล้วใช้นิ้วชี้สอดเข้าทวารหนักของผู้ป่วย หากปลายนิ้วกดถูกปลายไส้ติ่งผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บมาก จะช่วยเพิ่มน้ำหนักในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ได้ แต่จะไม่นิยมทำในเด็กเล็ก

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจจำนวนและชนิดของเม็ดเลือดขาว จะมีปริมาณเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นเกือบทุกราย มีค่าอยู่ระหว่าง 12,000 - 18,000 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และจำนวนนิวโทรฟิลจะมากขึ้น การตรวจปัสสาวะ พบเม็ดเลือดขาวจะมีปริมาณมากขึ้น การถ่ายภาพรังสีธรรมดาของช่องท้อง จะพบมีก๊าซในลำไส้ส่วนซีกัม (cecum) และตรวจพบก้อนอุจจาระแห้งที่มีแคลเซียมจับ

4. การตรวจหน้าท้องด้วยอัลตราซาวด์ จะยืนยันไส้ติ่งอักเสบจริงได้ถึงร้อยละ 75 - 90 ของผู้ป่วย การทำ ultrasonography ทำได้รวดเร็ว ไม่ต้องใช้ contrast media และสามารถทำได้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ ในบางกรณีการวินิจฉัยไม่ชัดเจนโดยเฉพาะในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ การทำ ultrasonography จะมีประโยชน์และช่วยวินิจฉัยแยกโรคได้ดี ซึ่งอาจพบพยาธิสภาพทางสูติรีเวช หรืออาจช่วยวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบ ถ้าสามารถเห็นไส้ติ่งเป็น tubular struction ขนาดใหญ่มากกว่า 6 มิลลิเมตร ไม่สามารถกดให้เล็กลงได้ด้วย probe ของ ultrasound ขณะเดียวกัน ก็มีอาการเจ็บขณะกดบนไส้ติ่ง หรืออาจพบ fecalith กรณีไม่เห็นไส้ติ่งไม่ช่วยในการวินิจฉัย

5. การวินิจฉัยด้วย CT scan

การ CT scan เป็นตัวช่วยที่ถูกต้อง และแม่นยำที่สุดในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยภาวะไส้ติ่งอักเสบ จะเห็น inflamed appendix และมีผนังหนา โดยดูจากการที่มี dirty fat, thick mesoappendix, phlegmon สามารถเห็น facalith ได้ง่ายจากการทำ CT scan ความผิดปกติที่สำคัญที่เกิดจากการหนาตัวของ cecum และมี contrast บริเวณ orifice ของไส้ติ่งที่มีการอักเสบ CT scan เป็นเทคนิคที่ดีที่ใช้ในการแยก inflammatory process อื่น ๆ ที่มาด้วยอาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ การวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ เมื่อขนาดหรือเส้นผ่านศูนย์กลางของไส้ติ่งมากกว่า 6 มิลลิเมตร ขึ้นไป ความหนาของผนังไส้ติ่งมากกว่า 1 มิลลิเมตรและมี abnormal enhancement ซึ่งการวัดความหนาอาจทำได้ยาก การพบ appendicolith ร่วมกับ secondary sign ในไส้ติ่งอักเสบ เช่น periappendiceal fat standing หรือการพบ cecal wall ที่หนา บวม ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยว่ามีไส้ติ่งอักเสบ แม้จะไม่เห็นตัวไส้ติ่งโดยตรง การตรวจด้วย CT scan ถ้าไม่พบไส้ติ่งหรือไม่พบลักษณะของการอักเสบของไส้ติ่ง อักเสบจะเป็นไปได้น้อย

การวินิจฉัยแยกโรค (พิมพา เขียวผิง, 2564)

อาการปวดท้องน้อยด้านขวา นอกจากไส้ติ่งอักเสบแล้ว ยังอาจเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ เช่น นิ่วในท่อไต ปวดประจำเดือน ปีกมดลูกอักเสบเฉียบพลัน กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วย จะมีลักษณะอาการที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. โรคกระเพาะ ผู้ป่วยจะมีอาการจุกแน่นหรือปวดแสบตรงลิ้นปี่ แต่จะไม่มีอาการกดเจ็บตรงท้องน้อยด้านขวา โดยมักจะมีอาการตอนก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร และมักจะเป็นอยู่ประมาณ 30 - 60 นาที แล้วอาการจะทุเลาลง แต่อาการจะกลับมากำเริบขึ้นอีกเมื่อถึงเวลาอาหารมื้อต่อไปและอาการจะทุเลาลงได้ด้วย การกินยาลดกรด
2. ท้องเสีย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบิดเกร็งเป็นพักๆ รอบๆ สะดือ ร่วมกับมีอาการถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำ อยู่บ่อยครั้งและอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือมีไข้ร่วมด้วย แต่จะไม่มีอาการกดเจ็บตรงท้องน้อยข้างขวา
3. นิ่วในถุงน้ำดี ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบิดเกร็งเป็นพักๆ ตรงลิ้นปี่และใต้ชายโครงด้านขวามานานเป็นชั่วโมง และอาจมีปวดร้าวมาที่ไหล่ขวาหรือบริเวณหลังตรงใต้สะบักขวา จะไม่มีอาการกดเจ็บตรงท้องน้อยด้านขวา ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยอาการอาจทุเลาได้เอง แต่อาจกำเริบใหม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการรับประทานอาหารมัน
4. ลำไส้อุดตัน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบิดเกร็งเป็นพักๆทั่วท้อง อาเจียนบ่อย รับประทานอาหารไม่ลง และถ่ายไม่ออก ท้องผูก ซึ่งผู้ป่วยอาจมีประวัติการผ่าตัดในช่องท้องมาก่อน หากสงสัยควรรีบพบแพทย์
5. กระเพาะเป็นแผลทะลุ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดรุนแรงตรงบริเวณลิ้นปี่ติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมง ใจหวิว ใจสั่น บริเวณที่ปวดจะกดเจ็บและแข็งตึง
6. นิ่วในท่อไต ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเกร็งเป็นพักๆ บริเวณท้องน้อย และปวดร้าวลงมาที่อวัยวะหรือช่องคลอด ข้างเดียวกัน ร่วมกับมีปัสสาวะเป็นเลือด หรือเป็นสีน้ำตาลเข้ม แต่จะไม่มีอาการกดเจ็บ
7. ปวดประจำเดือน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบิดเกร็งเป็นพักๆ บริเวณท้องน้อยตอนมีประจำเดือนอยู่ประมาณ 3 - 4 วัน แล้วจะหายไปเอง จะไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวาและไม่มีไข้

8. กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีไข้สูง หนาวสั่น ปวดและเคาะเจ็บบริเวณสีข้าง ปัสสาวะขุ่น และอาจมีอาการขัดเบาด้วย

9. ปีกมดลูกอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีไข้สูง ปวด และกดเจ็บบริเวณท้องน้อย ซึ่งอาการจะไม่สัมพันธ์กับ อาหาร อาจมีอาการขัดเบาด้วย และมักมีเลือดหรือตกขาวผิดปกติทางช่องคลอดร่วมด้วย

10. การตั้งครรภ์นอกมดลูก ผู้ป่วยมีอาการปวดเสียดท้องน้อย หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น หน้าตาซีดเซียว และมีประวัติการขาดประจำเดือน หรือมีอาการแพ้ท้องมาก่อนหน้านี้ ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยต้องรีบไปโรงพยาบาล

การรักษา (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560)

การรักษา แบ่งการรักษาตามลักษณะของผู้ป่วยดังนี้

1. ในรายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ว่าน่าจะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ แนะนำให้การรักษาด้วยการผ่าตัด โดยด่วน หลังจากการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม และเหมาะสมต่อการให้ยาสลบและการผ่าตัด

2. ในรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่ชัดเจนว่าจะป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ แต่มีสิ่งที่ทำให้สงสัยว่าอาจจะเป็นโรคนี้ ควรรับตัวไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล เพื่อติดตามประเมินลักษณะทางคลินิกต่อเป็นระยะๆ โดยงดน้ำ งดอาหาร และไม่ให้อาาปฏิชีวนะ เมื่อลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ชัดเจนขึ้นว่าน่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน จะได้นำผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดรักษาอย่างทันท่วงที ในรายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ชัดว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ไม่แตกทะลุ ไม่จำเป็นต้องให้อาาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังผ่าตัด แต่แพทย์ผู้ดูแลอาจพิจารณาให้อาาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดก็ได้ เมื่อผ่าตัดพบว่าไส้ติ่งอักเสบไม่แตกทะลุ ก็ไม่จำเป็นต้องให้อาาต่อ

3. ในรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่สามารถแยกได้ว่า ไส้ติ่งแตกทะลุชัดเจน นิยมให้อาาปฏิชีวนะ โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ถ้าผ่าตัดแล้วพบว่าไส้ติ่งไม่แตกทะลุ ไม่จำเป็นต้องให้อาาปฏิชีวนะต่อหลังผ่าตัด แต่ถ้าพบว่าไส้ติ่งแตกทะลุก็ให้อาาปฏิชีวนะต่อ

4. ในรายที่การตรวจร่างกายบ่งชี้ว่ามี peritonitis ซึ่งเกิดจากการแตกของไส้ติ่งอักเสบในเด็กมักมีลักษณะ generalized peritonitis ส่วนผู้ใหญ่จะเป็น pelvic peritonitis ก่อนนำผู้ป่วยไปทำการผ่าตัด ควรใช้วิธีการรักษาแบบประคับประคองให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมในการให้ยาสลบและการผ่าตัด เช่นการให้ intravenous fluid ที่เหมาะสมให้เพียงพอซึ่งอาจใช้เวลาหลายชั่วโมง ดูว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะออกดีแล้ว ให้อาาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ให้อาาลดไข้หรือเซ็ดตัวให้อุณหภูมิร่างกายลดลง ถ้ามีไข้สูงหรือท้องอืดมากควรใส่ nasogastric tube ต่อ suction อาจใช้เวลาในการเตรียมผู้ป่วย 3 - 4 ชั่วโมง ก่อนนำผู้ป่วยไปผ่าตัด

5. กรณีที่ไส้ติ่งแตกทะลุระหว่างการผ่าตัด หรือไส้ติ่งไม่แตกทะลุ แต่รุนแรงถึงขั้น gangrenous appendicitis แนะนำให้อาาปฏิชีวนะระหว่างการผ่าตัด และต่อเนื่อง 1 - 3 วัน แล้วแต่พยาธิสภาพ

6. ในรายที่มีอาการมาหลายวันและการตรวจร่างกายพบว่ามีก้อนที่บริเวณ right lower quadrant ที่บ่งชี้ว่าน่าจะเป็น appendiceal phlegmon หรือ abscess ควรจะรักษาโดยให้อาาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ครอบคลุม ถ้าผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการรักษา เช่น อาการปวดท้องดีขึ้น ก้อนเล็กลง ให้รักษาต่อโดยวิธีประคับประคอง และนำผู้ป่วยไปทำ elective appendectomy หลังจากนั้น 6 สัปดาห์ - 3 เดือน แต่ถ้าการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองที่ดีอาจจำเป็นต้องผ่าตัดเลย ถ้าพยาธิสภาพรุนแรงมาก อาจทำเพียงระบายหนอง แต่ถ้าพยาธิสภาพไม่รุนแรง และสามารถตัดไส้ติ่งออกได้เลย ก็แนะนำให้ทำผ่าตัด

การพยาบาล (พิมพา เขิญผึ่ง, 2564)

การพยาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ มีความสำคัญตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพระยะเริ่มแรกก่อนการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะรับการผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนเป็นปกติโดยเร็ว ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ นอกจากการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญ มีการตัดสินใจที่ดี นอกจากนี้พยาบาลได้มีการให้ข้อมูลผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พร้อมทั้งลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และญาตินั้นก็ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด

การประเมินและการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก (บุศรา ศิริวันสาธต์ และคณะ, 2560)

การให้ยาระงับความรู้สึกเป็นวิธีการทำให้ผู้ป่วยหมดสติ เพื่อประโยชน์ต่อขั้นตอนการรักษาในการทำ ผ่าตัดใหญ่ที่ต้องใช้เวลานาน ทำให้เกิดความเจ็บปวดมาก หรืออาจกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ โดยจะมี วิชาชีพแพทย์เป็นผู้ให้การรักษา การเลือกจะใช้วิธีระงับความรู้สึกแบบใดนั้น ขึ้นกับตัวผู้ป่วย การผ่าตัดหรือ หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งความเชี่ยวชาญของวิชาชีพแพทย์และศัลยแพทย์ในการทำผ่าตัดนั้นๆ การระงับ ความรู้สึกเพื่อทำการผ่าตัดหรือทำหัตถการต่างๆ สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

- 1) General anesthesia คือ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เป็นการให้ยาระงับความรู้สึก ทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว หรือมีการสูดยาดมสลบเข้าทางระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย
 - 2) Regional anesthesia คือ การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหมดความรู้สึก ชั่วคราวด้วยยาชาเฉพาะที่
 - 3) Monitor anesthesia care with sedation เป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยอาจให้หรือไม่ให้ยา ทางหลอดเลือดดำ
 - 4) Local หรือ Topical anesthesia เป็นการบริหารยาชาเฉพาะที่ตรงตำแหน่งที่ต้องการทำหัตถการ
- การวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก จะพิจารณาจากอายุผู้ป่วย น้ำหนัก การแพ้ยา โรคประจำตัว การประเมินความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับวิชาชีพและการผ่าตัด ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1941 โดย Meyer Saklad เรียกว่า American Society of Anesthesiologists (ASA) ส่วน Physical status classification เป็นการจัด ประเภทผู้ป่วยต่าง ๆ ตามสภาวะร่างกาย โรคประจำตัว โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 6 ประเภท ตามระดับความเสี่ยง ซึ่ง American Society of Anesthesiologists ระดับสูงจะช่วยพยากรณ์ถึงความเสี่ยงทางวิชาชีพที่มากขึ้น

การจำแนกผู้ป่วยตามความเสี่ยงโดยเกณฑ์ American Society of Anesthesiologists (ASA) มีดังนี้

ASA class 1	ผู้ป่วยสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว นอกจากโรคที่จะมารับการผ่าตัด และโรคดังกล่าว ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบอื่น เช่น การผ่าตัดไส้เลื่อน หรือเนื้องอกของเต้านม เป็นต้น
ASA class 2	ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว แต่สามารถควบคุมได้ดี และไม่มีการทำลายของอวัยวะเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นต้น
ASA class 3	ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนหรือการทำลายของอวัยวะเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยโรคปอดที่มีอาการหอบขณะพัก ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดีหรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะไตเสื่อม
ASA class 4	ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่รุนแรง และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เช่น ผู้ป่วยที่สูญเสียการทำงานอย่างต่อเนื่อง โรคหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรง เป็นต้น
ASA class 5	ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ที่มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาหรือผ่าตัด
ASA class 6	ผู้ป่วยภาวะสมองตายที่รอการบริจาคอวัยวะ

หากผู้ป่วยมารับการผ่าตัดในกรณีเร่งด่วน (Emergency operation) จะใส่ E หลัง ASA class เช่น 3E ขั้นตอนการดูแลทางวิสัญญีในผู้ป่วยที่จะมารับการระงับความรู้สึก แบ่งออกเป็นขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. การพยาบาลก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

1.1 เยี่ยมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบถึงโรค อาการของโรค และวิธีการรักษา พร้อมแจกเอกสารแนะนำ

1.2 ชักประวัติข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก ประวัติการแพ้ยา และแพ้อาหาร ยาที่ใช้อยู่ประจำ

1.3 ประสานงานในการส่งปรึกษาอายุรแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นๆ

1.3.1 เมื่อพบความผิดปกติจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เพื่อร่วมประเมินและพิจารณาส่งตรวจพิเศษอื่นๆ

1.3.2 เพื่อควบคุมโรคประจำตัว ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและแก้ไขภาวะผิดปกติอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เช่น ควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง แก้ไขภาวะซีด ปรับสมดุลเกลือแร่ในร่างกายให้ปกติ

1.4 แนะนำผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หยุดสูบบุหรี่ก่อนการผ่าตัด 4 - 8 สัปดาห์ และหยุดดื่มสุราก่อนผ่าตัด 2 - 8 สัปดาห์

1.5 ให้คำแนะนำด้านการจัดการยาที่ผู้ป่วยใช้ ดังนี้

1.5.1 ยาที่ควรให้จนถึงเช้าวันผ่าตัด ได้แก่ ยากลุ่ม beta-blocker ยากลุ่ม calcium channel blocker

1.5.2 ยาที่ควรงดเช้าวันผ่าตัด ได้แก่ ยาเบาหวานกลุ่ม sulfonylurea ยา metformin ยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) และ angiotensin receptor blocker (ARB) ที่รับประทานเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง และยาขับปัสสาวะ

1.5.3 ยาด้านเกล็ดเลือด ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ควรพิจารณา ร่วมกับศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ ถึงข้อบ่งชี้ของการใช้ยา ผลดีและผลเสียของการหยุดยาและการรับประทานยา

1.5.4 ยาชนิดอื่นๆ ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์เฉพาะทางตามระบบที่ผู้ป่วยมีปัญหาร่วมพิจารณา

1.6 ซักถามฟันปลอมหรือฟันโยก ถ้ามีฟันปลอมแนะนำให้ถอดฟันปลอมก่อนมาห้องผ่าตัด

1.7 แนะนำดื่มน้ำ จดอาหาร อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมงก่อนทำผ่าตัด เพื่อป้องกันอันตรายจากการสำลักเศษอาหารเข้าสู่ปอด

1.8 แนะนำถอดเครื่องประดับทุกชนิด รวมทั้งเลนส์ตา โดยให้เก็บไว้กับญาติ หรือพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนไปห้องผ่าตัด

2. การพยาบาลระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก

การพยาบาลระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) แบ่งออกเป็น

2.1 ระยะให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายก่อนการผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ทำการประเมินผู้ป่วยโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินทางเดินหายใจ และประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วางแผนให้ยาระงับความรู้สึก แนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ตลอดจนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

2.2 ระยะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ขณะทำผ่าตัด มีแนวทางการดูแลดังต่อไปนี้

2.2.1 ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเม็ดเลือด และบันทึกทุก 5 นาที

2.2.2 ตรวจสอบและเตรียมเครื่องดมยาสลบ อุปกรณ์และยาช่วยชีวิต (resuscitation equipment & drug) ให้พร้อมใช้งาน

2.2.3 ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ควรใช้ catheter ขนาดใหญ่กว่าหรือเท่ากับ 20G เพื่อให้สามารถให้สารน้ำได้อย่างรวดเร็ว และควรใช้สารน้ำชนิด balance salt solution ที่ไม่มี dextrose เนื่องจากการให้ dextrose ในอัตราที่มากกว่า 5 - 8 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที จะทำให้เกิด hyperglycemia และ osmotic diuresis ได้

2.2.4 การนำสลบ (Induction)

ผู้ป่วยมีปัญหาภาวะ full stomach หรือการเคลื่อนตัวของอาหารออกไปจากกระเพาะช้ากว่าปกติ เป็นสิ่งที่ต้องระวังในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉิน การสูดสำลักลงปอดพบได้มากที่สุดกว่าร้อยละ 50 ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต จากการสำรวจโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งสหราชอาณาจักร (The fourth National Audit Project, NAP4) โดยมีวิธีการบริหารจัดการรักษา คือ เลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia) เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงมี gag reflex ป้องกันตนเองได้ ถ้าเป็นไปได้ควรเพิ่ม gastric motility ด้วย metoclopramide และลดอาการอาเจียนด้วย droperidol, ondansetron เพิ่ม gastric pH ด้วยการรับประทาน 0.3 molar โซเดียมซิเตรท, H2blocker และ proton pump inhibitors หรือใส่สายระบายจากกระเพาะอาหาร (gastric tube drainage) ถ้าจำเป็นต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ควรทำด้วยวิธี Rapid Sequence Induction ซึ่งเป็นเทคนิคการจัดการทางเดินหายใจที่ใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสำลัก มีเป้าหมายเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการกดกระดุกอ่อน cricoid อย่างถูกต้อง โดยมีวิธีการ คือ

- จัดท่าเพื่อทำ pre-oxygenation and intubation อาจใช้ท่า ramping, manual in-line, หรือ semi-recumbent position (กรณีจัดท่านอนหงายแล้วรบกวน respiratory function)

- ตรวจสอบ intravenous cannula ไม่ leak และไหล free flow เพื่อให้มั่นใจว่ายาเข้าสู่ central circulation

- Preoxygenation ขึ้นกับ clinical urgency คือ
 1. tidal breathing นาน 3 นาที
 2. vital capacity breaths 8 ครั้ง ในเวลา 1 นาที
- ให้ยากลุ่ม sedative agent (inductions agent) เพื่อให้ผู้ป่วยสลบ ตามด้วยยากลุ่ม

Neuromuscular blocking agent (succinyl, rocuronium) ทันทีเพื่อให้กล้ามเนื้ออ่อนตัว ก่อนใส่ Endotracheal tube โดยไม่ ventilate

- ถ้าต้องกด cricoid pressure ค่อย ๆ กดจาก 10 นิวตัน จนถึง 30 นิวตัน เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว
- เพื่อให้สามารถ intubation สำเร็จในครั้งแรก จึงนิยมใช้ bougie, stylet หรือ video laryngoscope
- ในกรณีที่พบ regurgitation ให้ suction ทันที และปรับเตียงให้หัวต่ำ (Tendelenburg)

เพื่อลดโอกาสเกิดการสำลักเข้า trachea

- เมื่อใส่ Endotracheal tube ได้แล้ว ให้ inflate cuff ทันที และตรวจสอบตำแหน่งที่ถูกต้อง (gold standard คือ มี 4 phase ของ capnography waveform 5 ตัวต่อเนื่อง)

- ปลด cricoid pressure เมื่อยืนยันตำแหน่ง endotracheal intubation

2.2.5 รักษาาระดับการให้ยาระงับความรู้สึก (maintenance) ใช้หลักการเช่นเดียวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย คือ ทำให้ผู้ป่วยหมดสติ จำเหตุการณ์ต่างๆ ในระหว่างการผ่าตัดไม่ได้ ไม่เจ็บ กล้ามเนื้อหย่อนตัว และปฏิกิริยา (reflex) ต่างๆ หดไป การให้ยาระงับความรู้สึกแบบสมดุล (balance anesthesia) โดยใช้ในตรัสออกไซด์ 50 - 60 เปอร์เซ็นต์ในออกซิเจน หรืออาจใช้ Air ร่วมกับออกซิเจน 50 - 60 เปอร์เซ็นต์ ร่วมกับยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด non-depolarizer นิยมใช้ Atracurium, Cis-atracurium, Vecuronium ซึ่งใช้ได้อย่างปลอดภัย และหมดฤทธิ์ได้เร็ว เสริมฤทธิ์ด้วย narcotic เช่น pethidine, fentanyl หรือ nalbuphine ซึ่งข้อดีของnalbuphine เนื่องจากมีฤทธิ์เพิ่มการหดตัวของ sphincter of Oddi น้อยกว่า morphine, meperidine และ fentanyl

2.2.6 ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างทันท่วงที

2.2.7 ประเมินการสูญเสียเลือด (Blood loss) เมื่อมีการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด 15 - 20 เปอร์เซ็นต์ ของปริมาณเลือดในร่างกาย จึงจะให้เลือดทดแทน และดูจำนวนปัสสาวะที่ออกในเวลา 1 ชั่วโมง ควรออก 0.5 - 1 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและชีพจร

2.2.8 การแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อและการถอดท่อช่วยหายใจ จะกระทำเมื่อผู้ป่วยฟื้นจากยาระงับความรู้สึก โดยเมื่อศัลยแพทย์เริ่มปิดบริเวณผ่าตัด ไม่ควรให้ยาระงับความรู้สึก ให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ เมื่อฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกจะหมด ผู้ป่วยเริ่มหายใจเอง มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจึงแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ อาการแสดงที่ไม่มีภาวะฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก สังเกตได้จากระดับความรู้สึก เช่น ผู้ป่วยปลุกตื่น ทำตามคำบอกได้ หายใจได้เองเป็นปกติ ไม่มีเสียงหรือลักษณะผิดปกติ ไม่มีภาวะ cyanosis จึงพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ (Extubate)

2.2.9 บันทึกรายละเอียดการระงับความรู้สึก วิธีการ ยา อุปกรณ์ สภาวะต่างๆ ที่เฝ้าระวัง สัญญาณชีพ ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขในแบบบันทึกการระงับความรู้สึก

3. การพยาบาลหลังการให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น

ห้องพักฟื้นเป็นห้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือหัตถการใดๆ ภายหลังจากการได้รับยาระงับความรู้สึก พยาบาลห้องพักฟื้นเป็นผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ประสิทธิภาพ และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด สามารถประเมินความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลทั้งจากการผ่าตัดและจากการได้รับยาระงับความรู้สึกได้ โดยใช้ Post Anesthesia Recovery Score หรือ Modified Aldrete Score ประเมินการเคลื่อนไหว การหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือด นอกจากนี้พยาบาลยังทำหน้าที่ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่าง ๆ โดยมีแนวทางการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ดังนี้

3.1 ประเมินผลของการผ่าตัด และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยสังเกตเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 5 - 15 นาที ตามแบบประเมิน Post Anesthesia Recovery Score หรือ Modified Aldrete Score

3.2 จัดทำนอนให้เหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัด และให้ออกซิเจนตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น O₂ cannula, O₂ mask, Bird's Respirator เป็นต้น

3.3 จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดปลอดภัย รู้สึกสุขสบาย ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวดีหรือร้องเอะอะโวยวาย ดิ้นไปมา มีหมอนหรือผ้ารองหนุน เพื่อกันการกระแทก มีผ้ารัดตัวป้องกันการตกเตียง กรณีใส่ท่อช่วยหายใจ มีผ้ารัดแขน เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจออก เป็นต้น

3.4 เพิ่มความอบอุ่นให้ ถ้ามีอาการหนาวสั่น โดยใช้ผ้าห่มหรือใช้เครื่องให้ความอบอุ่น (Warmer)

3.5 ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดแผลผ่าตัด

3.6 ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

3.7 สังเกตปริมาณปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะออกน้อย ให้รายงานแพทย์

3.8 สังเกตแผลผ่าตัด และสิ่งที่ออกจากสายระบาย ถ้าผิดปกติแจ้งศัลยแพทย์รับทราบ

3.9 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเอง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ

3.10 เมื่อสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการแทรกซ้อน มีคะแนน PAR Score ≥ 9 คะแนน มีความพร้อมที่จะส่งกลับไปยังหอผู้ป่วย

Post Anesthesia Recovery Score (Modified Aldrete Score) ใช้ประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้านของผู้ป่วย

Parameter observed	คะแนน	อาการ
Activity	0	ไม่สามารถขยับแขนขาได้เองหรือตามคำสั่ง
	1	ขยับเพียง 2 extremities ได้เองหรือตามคำสั่ง, (หรือขยับแขนขาอย่างไม่มีจุดหมาย)
	2	ขยับได้ทั้ง 4 extremities ได้เองหรือตามคำสั่ง, (หรือขยับแขนขาอย่างมีจุดหมาย)
Respiratory	0	ไม่หายใจ
	1	หายใจลำบาก หรือหายใจได้น้อย
	2	หายใจได้แรงลึก ไอได้
Consciousness	0	ไม่ตอบสนองเลย
	1	ตื่นเมื่อปลุก
	2	ตื่นดี รู้ตัวดี
Circulation	0	ความดันโลหิตมากกว่า ± 50 มิลลิเมตรปรอท จากค่า ก่อนดมยา (หรือความดันไม่คงที่)
	1	ความดันโลหิต $\pm 20 - 50$ มิลลิเมตรปรอท จากค่า ก่อนดมยา (หรือความดันคงที่แต่ค่าต่ำกว่าเกณฑ์ตามอายุ)
	2	ความดันโลหิต ± 20 มิลลิเมตรปรอท จากค่าก่อนดมยา (หรือความดันคงที่ตามค่าปกติตามอายุ)
SpO ₂	0	SpO ₂ < 90% on O ₂
	1	SpO ₂ > 90% on O ₂
	2	SpO ₂ > 92% on room air

4. การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การเยี่ยมหลังผ่าตัดเป็นอีกบทบาทหนึ่งของวิสัญญีพยาบาล ผู้เยี่ยมควรให้ความเคารพผู้ป่วยตามหลักการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยแจ้งชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยทุกรายเป็นอย่างดีตามความเหมาะสมกับอาการหรือโรคที่เป็น ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมด้วยความสุภาพ ปราศจากการบังคับ ชูเชื้อ ล่วงเกิน รักษาความเป็นส่วนตัว และความลับของผู้ป่วย เคารพในความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาหรือพิธีกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินปัญหาและให้การดูแลแก้ไขตามความเหมาะสมโดยการทำงานเป็นทีมร่วมกับศัลยแพทย์ ประเมินปัญหาและอาการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและประสานกับทีมผู้ให้การดูแล เมื่อพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก และรายงานกลับไปยังทีมผู้ให้การระงับความรู้สึกทันทีเพื่อประสานงานและให้การรักษาต่อไป (ภาววัลย์ สุทนธ์และอรรณพ พงศ์วีวรรณ, 2563)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 16 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพาทอง วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 ด้วยอาการ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องรอบสะดือ ไม่อาเจียน ไม่ถ่ายเหลว 1 ชั่วโมง ก่อนมาย้ายมาปวดท้องน้อยด้านขวา จึงมาโรงพยาบาล แพทย์ทำการตรวจร่างกาย พบว่ากดปล่อยเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวา rebound tenderness at right lower quadrant แพทย์ตรวจให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น Rule out Rupture Appendicitis Set OR emergency for Appendectomy วิสัญญีพยาบาล ประเมินสภาพและจำแนกความเสี่ยง ASA Class 1E มีภาวะ Full stomach ได้รับยา Pre-medication Omeprazole 40 มิลลิกรัม และ Metoclopramide 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ต่อการผ่าตัด จึงให้การพยาบาล โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด วิธีให้การระงับความรู้สึก แกรับที่ห้องผ่าตัด เวลา 08.15 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 107/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ฟังปอดได้ยินเสียงลมหายใจ เข้า - ออก เท่ากันทั้งสองข้าง ไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ เวลา 08.30 น. ให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยใช้เทคนิค Rapid sequence induction c cricoid pressure เพื่อลดความเสี่ยง aspiration ก่อนที่จะเริ่มทำการระงับความรู้สึก ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 6 ลิตรต่อนาที นาน 5 นาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดได้ 100 เปอร์เซ็นต์ ให้นานาสลบด้วย Fentanyl 50 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อ blunt reflex ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ให้นานา Propofol 150 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้ Succinyl choline 75 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 8.0 ลึก 22 เซนติเมตร ด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวล ป้องกันการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ไม่มีการสูดสำลักน้ำย่อย และเศษอาหารเข้าปอด ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ หลังใส่ท่อช่วยหายใจได้ วัดความดันโลหิต 150/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิกาย 36 - 37 องศาเซลเซียส ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 34 - 36 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 14 ครั้งต่อนาที สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ให้นานาหย่อนกล้ามเนื้อ Cis-atracurium 6 มิลลิกรัม และ Morphine 6 มิลลิกรัม ร่วมกับเปิดยาดมสลบ Sevoflurane 2 เปอร์เซ็นต์ ร่วมกับ Air : O₂ = 1.3 : 0.75 ตลอดระยะเวลาการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกและจากการทำผ่าตัด ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 110/70 - 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 - 100 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 - 100 เปอร์เซ็นต์ คาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 34 - 36 มิลลิเมตรปรอท เริ่มผ่าตัด เวลา 08.47 น. พบไส้ติ่งอักเสบ ไม่มีการแตกทะลุ สิ้นสุดผ่าตัดเวลา 09.13 น. รวมใช้เวลาผ่าตัด 26 นาที ประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด 5 มิลลิลิตร ให้ Lactate Ringer's Solution จำนวน 750 มิลลิลิตร ระหว่างการระงับความรู้สึกไม่พบความผิดปกติ Reverse Muscle Relaxant ด้วย Atropine 1.2 มิลลิกรัม และ Prostigmine 2.5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหายใจและ ตื่นดีทำตามคำบอกได้ จึงถอดท่อช่วยหายใจ เวลา 09.30 น. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกรวมระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก 1 ชั่วโมง ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น เวลา 09.40 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี on O₂ cannula 3 ลิตรต่อนาที ให้ความอบอุ่น ด้วยผ้าห่มลมร้อน ไม่มีหนาวสั่น สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 126/69 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ มีอาการปวดแผล pain score 8 ได้รับ Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังจาก

ได้รับยาระดับความเจ็บปวด ลดลง pain score 4 เผื่อระวังอาการผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุก 5 นาที อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีเลือดออกจากแผลผ่าตัด สัญญาณชีพก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้น ความดันโลหิต 122/59 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ on O₂ cannula 3 ลิตรต่อนาที ส่งกลับหอผู้ป่วยสามัญชาย เวลา 10.40 น.

หลังทำการผ่าตัด 1 วัน (วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 128/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที หายใจได้ปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีท้องอืดเล็กน้อย ผายลมได้ เสียงการเคลื่อนไหวตัวของลำไส้ (Bowel Sound) ปกติ 8 ครั้งต่อนาที แผลแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ปวดแผลเล็กน้อย Pain Score 1 - 3

หลังทำการผ่าตัด 2 วัน (วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/68 มิลลิเมตรปรอท แผลไม่มีบวมแดง ปวดแผลเล็กน้อย Pain Score 1-3 ในระหว่างการดูแลได้ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดฉุกเฉินเร่งด่วนไม่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดสับสนสำคัญ น้ำย่อยและเศษอาหารเข้าปอด (Aspiration) 3. ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายต่อเส้นประสาท กล้ามเนื้อ ผิวหนังและดวงตา จากการกดทับ และตั้งรับขณะผ่าตัด เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว 4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกและอยู่ในห้องผ่าตัดเป็นเวลานาน 5. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เนื่องจากเพิ่งฟื้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 6. ผู้ป่วยปวดแผลเนื่องจากการมีลักษณะของเนื้อเยื่อที่ได้รับ การผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการคลินิกศัลยกรรม 21 กุมภาพันธ์ 2567 แนะนำให้ญาติดูแล ใกล้ชิด เพื่อคอยช่วยเหลือผู้ป่วย และหากพบอาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดให้ยากลับบ้านเป็น Augmentin (1 กรัม) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร และ Naproxen (250 มิลลิกรัม) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร รวมระยะเวลาดูแลในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่สนใจ จากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพานทอง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและอาหาร 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 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

4.3.2 เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 13 กุมภาพันธ์ 2567 รวมระยะเวลา 3 วัน ระยะเวลาในการดูแลในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที และติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 1 ครั้ง

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งจากการดมยาสลบ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำหัตถการ พยาธิสภาพของโรค และจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บคอ เสียงแหบ มึนงง หนาวสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ และ การแพ้ยาสลบ ชนิดร้ายแรง (Malignant Hyperthermia) หลังผ่าตัดแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ เช่น การดูแลบาดแผล อาหารที่ควรทานและควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกาย และอาการผิดปกติที่ควรรมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ผู้ป่วย และญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องรับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน มีความเสี่ยงสูงมาก เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา มีภาวะ Full stomach อาจเกิด delayed gastric emptying time เสี่ยงต่อการสูดสำลักเศษอาหารเข้าสู่ปอด ขาดการประเมินร่างกายอย่างละเอียด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลอย่างกะทันหัน เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ชักประวัติได้ไม่ครบถ้วน ไม่ทราบประวัติแน่ชัด และอาจเกิดผลพลได้ในเตรียมยา จากการคำนวณและผสมยาอย่างเร่งรีบ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติตน การพักผ่อนหลังผ่าตัด จึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลแนวทางการรักษาของแพทย์ และการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 วิทยาลัยพยาบาลต้องมีการวางแผนร่วมกัน ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบต่อเนื่องรวดเร็ว ร่วมกับการ กดกระดูกอ่อนไครคอยด์ (Rapid sequence induction c cricoid pressure) จัดเตรียมความพร้อมของเตียงผ่าตัด อุปกรณ์ สายดูดเสมหะพร้อมใช้งานได้ทันที เพื่อช่วยเหลือ/แก้ไขกรณีเกิดการสูดสำลักระหว่างได้รับการระงับความรู้สึก ได้อย่างรวดเร็ว

9.2 พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ขณะดมยาสลบ หลังดมยาสลบ และขณะพักฟื้นหลังจากทำผ่าตัด โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และส่งต่อข้อมูลให้กับหอผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

10. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวจินตนา เจริญสรรพกิจ สัตว์ส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ^{จินตนา} ผู้ขอประเมิน

(นางสาวจินตนา เจริญสรรพกิจ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 4 เดือน ^{สิงหาคม} พ.ศ. 2564

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวธัญสิริอร อินทรารักษ์สกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล

วันที่ 4 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ).....

(นางสาวพัชรี หมั่นกล้าหาญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพานทอง

วันที่ 4 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ).....

(นายปิยะวิทย์ หมดมลทิน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

วันที่ 6 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ).....

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๑๑ เดือน ส.ค. ๒๕๖๙ พ.ศ.

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การจัดทำคู่มือสื่อสารและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาที่เข้ารับการรักษา
2. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยมีแรงงานต่างชาติเข้ามาพำนักและประกอบอาชีพเป็นจำนวนมาก โดยข้อมูลจากสำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน ปี พ.ศ. 2568 ระบุว่า มีแรงงานต่างชาติที่ได้รับอนุญาตทำงาน รวม 3,921,262 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงาน จากประเทศเมียนมาร์ จำนวน 2,934,379 คน และกัมพูชา จำนวน 396,930 คน แรงงานกลุ่มนี้ถือเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศในภาคอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และบริการ ด้วยเหตุนี้หน่วยบริการด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการที่สามารถรองรับ ความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรม เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและ ปลอดภัยได้อย่างเท่าเทียม

จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมที่สำคัญ ได้มีการขยายตัวของนิคมอุตสาหกรรมและ สถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีแรงงานต่างชาติ โดยเฉพาะชาวเมียนมาร์และกัมพูชา เข้ามาทำงาน และพักอาศัยเป็นจำนวนมาก ข้อมูลจากสำนักงานแรงงานจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีแรงงานต่างชาติ 4 สัญชาติ เมียนมาร์, กัมพูชา, ลาว และเวียดนาม รวม 133,931 คน โดยแรงงานชาวเมียนมาร์และกัมพูชา มีสัดส่วนสูงที่สุด อำเภอพานทองซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพานทองก็มีแนวโน้มจำนวนแรงงาน ต่างชาติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

การดูแลผู้ป่วยต่างชาติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษา จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารที่ถูกต้อง ชัดเจน และครบถ้วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การระงับความรู้สึก ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และการให้ความยินยอมเข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและสิทธิของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม อุปสรรคด้านภาษาและ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างบุคลากร ทางการแพทย์กับผู้ป่วยต่างชาติ

ผลการศึกษารายงานหลายฉบับสอดคล้องกันว่า ความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารระหว่างบุคลากร ทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านภาษา อาจนำไปสู่ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด รวมถึงการรับทราบข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจรักษา โดยเฉพาะ การงดน้ำและอาหารก่อนการระงับความรู้สึก ซึ่งหากผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน เช่น การสูดสำลักอาหารเข้าสู่ปอด การเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัด ความล่าช้าในการรักษา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากสถิติการให้บริการผ่าตัดใหญ่ของโรงพยาบาลพานทอง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568 พบว่ามีผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชา เข้ารับบริการผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (51,58, และ 68 รายตามลำดับ) ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เพิ่มขึ้น จากการปฏิบัติงานพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยในระดับจำกัด ทำให้การซักประวัติ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การอธิบาย ขั้นตอน การรักษาและการให้คำแนะนำก่อนการระงับความรู้สึกต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น บุคลากรยังต้องอาศัย

การสื่อสารผ่านญาติ นายจ้าง หรือผู้ที่สามารถแปลภาษาได้ในบางกรณี ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ถ่ายทอดไม่ครบถ้วน หรือคลาดเคลื่อนจากสาระสำคัญทางการแพทย์ และจากการทบทวนกระบวนการให้บริการก่อนการผ่าตัด ของโรงพยาบาลพานทอง พบว่า แม้จะมีแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดตามมาตรฐาน วิชาชีพ แต่ยังไม่มีสื่อหรือคู่มือมาตรฐานที่จัดทำเป็นภาษาของผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาโดยเฉพาะ ทำให้การสื่อสารยังคงพึ่งพาการอธิบายด้วยวาจา และการแปลภาษาจากบุคคลอื่นเป็นหลักส่งผลให้รูปแบบ การให้ข้อมูลแตกต่างกันตามประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละราย และใช้เวลาค่อนข้างมากในการสื่อสาร แม้ว่าปัจจุบันโรงพยาบาลจะยังไม่พบอุบัติการณ์รุนแรงที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติ โดยตรงแต่เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม จึงนับเป็นความเสี่ยงที่ควรได้รับ การป้องกันและพัฒนาอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของระบบบริการ คือ การขาดเครื่องมือ มาตรฐานที่ช่วยสนับสนุนการสื่อสารข้อมูลก่อนการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นรูปแบบเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจได้รับข้อมูลไม่เท่าเทียมกัน และบุคลากรต้องใช้เวลาในการสื่อสาร เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจกระทบต่อประสิทธิภาพของการให้บริการ และความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษา จึงมีแนวคิดในการพัฒนาคู่มือการสื่อสาร เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชา ก่อนเข้ารับ การผ่าตัด โดยจัดทำเป็นสื่อหลายภาษาที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือ สนับสนุนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และ เข้าใจขั้นตอน การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารลดความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร ตลอดจน ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้อง กับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และเป็นธรรมสำหรับ ประชาชนทุกกลุ่ม

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรแรงงาน โดยมีจำนวนแรงงาน ต่างชาติ โดยเฉพาะจากประเทศเมียนมาร์และกัมพูชา เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หน่วยบริการสาธารณสุขต้อง ปรับตัวเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางภาษา วัฒนธรรม และระดับความรู้ด้านสุขภาพ โรงพยาบาล พานทอง จังหวัดชลบุรี ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่อุตสาหกรรม ได้รับผลกระทบโดยตรงจากแนวโน้มนี้ โดยพบว่าจำนวน ผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พ.ศ.2566 - 2568 (51,58 และ 68 ราย ตามลำดับ)

การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้เผยให้เห็นถึงข้อจำกัดของระบบการสื่อสารภายในโรงพยาบาล ซึ่งเป็น ปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย แม้บุคลากรทางการแพทย์ จะมีทักษะทางวิชาชีพที่ดี แต่การสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านภาษาไทยเป็นไปอย่างยากลำบาก โดยเฉพาะใน กระบวนการสำคัญ เช่น การซักประวัติ การอธิบายแผนการรักษา การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การระงับความรู้สึก และการให้ข้อมูล เพื่อประกอบการตัดสินใจรักษา ปัญหาการสื่อสารนี้ส่งผลให้บุคลากรต้องใช้เวลามากขึ้น และมัก ต้องอาศัยญาติ นายจ้าง หรือบุคคลอื่นที่สามารถแปลภาษาได้ ซึ่งบุคคลเหล่านี้อาจขาดความรู้ทางการแพทย์ ทำให้เกิดการแปลที่ไม่ครบถ้วน การตีความคลาดเคลื่อน หรือการละเลยข้อมูลสำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล

ไม่เท่าเทียมกับผู้ป่วยที่สื่อสารภาษาไทยได้ นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังขาดเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการสื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติก่อนการผ่าตัด ทำให้รูปแบบการให้ข้อมูลแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละราย และไม่สามารถประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ สถานการณ์เช่นนี้ถูกจัดว่าเป็น "ความเสี่ยงแฝงของระบบบริการ" (Latent Safety Risk) ซึ่งอาจนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงได้ในอนาคต หากไม่มีมาตรการป้องกันที่เหมาะสม ผลการทบทวนวรรณกรรมยังสนับสนุนว่า ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านภาษามีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการผ่าตัดช้ากว่า ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลนานกว่า และมีความคลาดเคลื่อนในกระบวนการดูแลระหว่างผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่สื่อสารได้โดยตรง ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการลดอุปสรรคด้านภาษาอย่างเป็นระบบ จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีแนวคิดในการพัฒนาคู่มือการสื่อสารเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาก่อนเข้ารับการผ่าตัดโดยนำแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient - Centered Care) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) มาประยุกต์ใช้ คู่มือนี้จะถูกออกแบบให้เป็นสื่อสองภาษา ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน พร้อมภาพประกอบและสัญลักษณ์เพื่อช่วยสื่อความหมาย

การพัฒนาคู่มือนี้คาดว่าจะนำมาซึ่งประโยชน์หลายประการ ได้แก่ การสร้างมาตรฐานในการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ลดระยะเวลาในการสื่อสาร เพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วย ลดโอกาสการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง ลดความเสี่ยงของการเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัด และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดกระบวนการรักษา นอกจากนี้ ยังสามารถขยายผลไปสู่การพัฒนาสื่อดิจิทัล เช่น QR Code ที่เชื่อมโยงกับไฟล์เสียงหรือวิดีโอหลายภาษา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและสามารถประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นได้ อย่างไรก็ตาม การนำคู่มือไปใช้ยังคงมีข้อจำกัดที่ต้องพิจารณา เช่น ระดับการรู้หนังสือและภาษาถิ่นที่แตกต่างกันของผู้ป่วยบางราย ซึ่งยังคงต้องอาศัยการอธิบายเพิ่มเติมจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น คู่มือและเนื้อหาควรได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรมีการอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการใช้คู่มือ และมีการติดตามประเมินผลพร้อมปรับปรุงเนื้อหาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้คู่มือสามารถตอบสนองต่อบริบทของหน่วยงานและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำคู่มือการสื่อสารในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล

ระยะเวลาดำเนินการ มีนาคม พ.ศ. 2569 – สิงหาคม พ.ศ. 2569

กลุ่มเป้าหมาย

วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานห้องผ่าตัด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดให้ปลอดภัยระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการสื่อสารระหว่างบุคลากร ผู้ป่วยชาวเมียนมาร์ และกัมพูชา
4. จัดทำคู่มือการสื่อสารและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาที่เข้ารับการผ่าตัด
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาคู่มือสื่อสารและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาที่เข้ารับการผ่าตัด อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้คู่มือกับหัวหน้างาน วิทยาลัยพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสาร คู่มือสื่อสารและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาที่เข้ารับการผ่าตัด
8. จัดทำแบบประเมินการใช้คู่มือสื่อสารและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์ และกัมพูชาที่เข้ารับการผ่าตัด
9. นำคู่มือสื่อสารและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาที่เข้ารับการผ่าตัด ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิทยาลัยพยาบาลและประเมินผล
10. สรุปผลการใช้ นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ผู้ป่วยเมียนมาร์และกัมพูชา สามารถเรียนรู้และสื่อสารได้เข้าใจมากขึ้น
- 4.2 สามารถประเมินอาการผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดได้มีประสิทธิภาพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

วิทยาลัยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ มีการใช้คู่มือสื่อสารและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยชาวเมียนมาร์และกัมพูชาที่เข้ารับการผ่าตัด ไปใช้ในการสื่อสารหรือให้คำแนะนำ ร้อยละ 100

(ลงชื่อ)จินตนา..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวจินตนา เจริญสรพกิจ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่4..... เดือนธันวาคม..... พ.ศ.2564.....

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา ร้อยนาค และชดช้อย วัฒนะ. (2559). ปัญหาระบบทางเดินอาหาร. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุศรา ศิริวันสาธิต, พิชยา ไททยะวิญญู, และปฐิภาณ ตุ่มทอง. (2560). *Anesthesia and Perioperative care*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ ลีฟวิ่งจำกัด.

พิมพ์า เขียวผึ้ง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันร่วมกับ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2564.

ภาวีย์ สุทนต์ และอรรณพ พงศ์วีวรรณ. (2563). การเยี่ยมผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก. วิสัญญีสาร. <https://www.he02.tcithaijo.org/anesthai/article/download.pdf>

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม 55. กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย.

โรงพยาบาลพานทอง. (2566). สถิติรายงานบริการผ่าตัดใหญ่.

โรงพยาบาลพานทอง. (2567). สถิติรายงานบริการผ่าตัดใหญ่.

โรงพยาบาลพานทอง. (2568). สถิติรายงานบริการผ่าตัดใหญ่.

วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์. (2561). คนไทยตายจาก “ไส้ติ่งอักเสบ” อันดับ 5 ของโลก. <https://www.hfocus.org/content/2018/03/15526>

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). (2561). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ.2561 *Patient Safety Goals:SIMPLE Thailand 2018*. นนทบุรี: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.

สำนักงานแรงงานจังหวัดชลบุรี. (2567). รายงานสถานการณ์แรงงานจังหวัดชลบุรี. กระทรวงแรงงาน

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2568). สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2568. กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน