



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ๑ ๖๖๗๐

วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสตกต่ำเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทยาปทุมคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ จำนวน ๔ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๑๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะหักทวงให้หักทวงได้ 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 ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๔ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวสุเมธิณี กฤษณะภูติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒	นายสว่างพงษ์ บุญกลิ่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช
๓	นางสาวณัฐสรีย์ บุญยัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๔.	นางสาววรารณณ์ กุลเพชรประสิทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายพงศ์สิทธิ์ ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ		
๑	นางสาวสุเมธินี ฤกษ์ณะภูติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	๒๒๓๕๐๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	๒๒๓๕๐๗	เลื่อนระดับ		
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)			๑๐๐%	
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์						
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	การส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์						
	สุชาติ หงษ์วงษ์							

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 27 เมษายน 2569 รวมจำนวนครั้งที่ดูแล 7 ครั้ง

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและความผิดปกติของกรเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้น้ำตาลในกระแสเลือดสูง ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง ติดเชื้อ คลอดยาก ตกเลือดหลังคลอด แท้ง ทารกเสียชีวิตในครรภ์ และทารกพิการแต่กำเนิด หญิงตั้งครรภ์สามารถป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติด้วยวิธีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นวิธีที่สำคัญที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย (วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, 2562)

พยาธิสภาพของโรค

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes, GDM) หมายถึงเบาหวานที่วินิจฉัยขณะตั้งครรภ์ โรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่สำคัญในหญิงตั้งครรภ์ก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดาและทารก นอกจากนี้การตั้งครรภ์เองก็ทำให้โรครุนแรงมากขึ้น อุบัติการณ์ของเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีประมาณร้อยละ 3 - 14 และพบมากขึ้นเมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุมากขึ้นด้วย ส่วนใหญ่จะเริ่มวินิจฉัยได้ตั้งแต่ต้นไตรมาสที่ 3 หรือช่วง 24 - 28 สัปดาห์ การตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานช่วยให้อินซูลินโรค และการดูแลรักษาได้เร็วขึ้น การจำแนกเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท (สุรีพร ศรีโพธิ์อ่อน, และคณะ, 2568)

1. เบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (gestational DM)
2. เบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational /overt DM)

สาเหตุของโรค

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีสาเหตุมาจากการต้านฮอร์โมนอินซูลินกับความพร่องของการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสเหลืออยู่ในกระแสเลือดมาก โดยในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนจากรกที่สูงขึ้นจะกระตุ้นให้ เบต้าเซลล์ของตับอ่อนของหญิงตั้งครรภ์หลั่งอินซูลินมากขึ้น ส่งผลให้มีการใช้กลูโคสเพื่อสร้างเนื้อเยื่อไขมันไว้เพื่อเป็นพลังงานของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองและสาม รกจะสร้างฮอร์โมนที่ฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลินได้แก่ ฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนต้า แล็กโตรเจน ฮอร์โมนโปรแลคติน ฮอร์โมนคอติซอล และฮอร์โมนอินซูลินเนสโดยเฉพาะฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนต้า แล็กโตรเจน จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุครรภ์ และจะทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ก็จะสูงขึ้น และน้ำตาลในกระแสเลือดของหญิงตั้งครรภ์จะแพร่ผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ แต่อินซูลินจากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถผ่านรกได้ ทารกจะสร้างอินซูลินเองในปริมาณที่เพียงพอกับระดับน้ำตาลในเลือด จึงส่งผลให้ทารกเพิ่มการเจริญเติบโตของเซลล์ และการสะสมของไขมันที่บริเวณลำตัว ไหล่ จึงทำให้ทารกมีขนาดใหญ่ และลดการสร้างสารลดแรงตึงผิวของปอด และไตของหญิงตั้งครรภ์ก็จะมีกรกรองน้ำตาลออกจากกระแสเลือดและขับออกมาทางปัสสาวะ เนื่องจากน้ำตาลกลูโคสเป็นสารที่มีแรงดูดน้ำมาก จึงทำให้อูทมน้ำออกมาด้วย หญิงตั้งครรภ์ก็จะปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้คอแห้ง กระหายน้ำ มีภาวะเลือดเข้มข้นไหลเวียนช้า เซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ก็จะเกิดการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจนทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้ ซึ่งในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อ โรคเบาหวานจะต้องได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม ป้องกันและลดความรุนแรงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลง (วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, 2562)

อาการและอาการแสดง

อาการ (signs) ที่สำคัญของโรคเบาหวานได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานแต่ละชนิด เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 8 ชั่วโมง สูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

อาการแสดง (symptoms) ที่สำคัญของโรคเบาหวาน ได้แก่ รู้สึกเพลีย น้ำหนักลดลง ถ่ายปัสสาวะมาก ถ่ายปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ และมีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การมองเห็นแย่ง มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า หรือมีบาดแผลที่หายช้า เป็นแผลเรื้อรัง

มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และทารก (สุนันทา ย่างนิชเศรษฐ, 2562) ดังนี้

1. การแท้งบุตร (abortion) หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 30-60 จะเกิดการแท้งบุตรได้ โดยเฉพาะในช่วง 7 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ เนื่องจากทารกอาจมี ความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิต

2. ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (hypertensive disorder) ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีผลทำลายเซลล์เยื่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็ง มีความต้านทานในหลอดเลือดสูงขึ้น จึงเกิด ภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นได้

3. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือการคลอดก่อนกำหนด (preterm labor) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 6.5 มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

4. การติดเชื้อ (infection) สตรีที่เป็นเบาหวานเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆได้ง่าย เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อของมดลูกหลังคลอด การติดเชื้อของแผลผ่าตัด เป็นต้นจากมารดาที่เป็นเบาหวานมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์

5. การตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ หรือมดลูกมีการขยายตัวมากกว่าปกติ เนื่องจากทารกมีขนาดใหญ่ ทำให้มดลูกมีการหดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด

6. ทารกมีขนาดใหญ่ (macrosomia) กรณีมารดามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ทารกที่คลอด

7. ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (intrauterine growth restriction) ในกรณีที่มารดาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนตั้งครรภ์

8. ทารกแรกเกิดมีภาวะการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) เนื่องจากทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นเบาหวานมีการสร้างสารเคลือบถุงลมปอด (pulmonary surfactant) ได้สมบูรณ์ช้ากว่าทารกที่มารดาไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน

9. ทารกมีความพิการแต่กำเนิด (congenital malformation) ในกรณีที่มารดามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงก่อนตั้งครรภ์ และในช่วง 5-8 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์

10. ทารกแรกเกิดมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (neonatal hypoglycaemia) ทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 10.8-26.0 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เนื่องจากขณะอยู่ในครรภ์มารดาทารกได้รับกลูโคสจากเลือดมารดาสูง ทำให้มีการสร้างอินซูลินสูงด้วย

การวินิจฉัยโรค

การตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ปัจจุบันมีแนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลัก ๆ 2 แนวทาง คือ 1-step และ 2-step (สุริพร ศรีโพธิ์อุ่น, และคณะ, 2568) ดังนี้

1. แนวทาง 1-step option เป็นการตรวจวินิจฉัยในครั้งเดียว โดยให้สตรีตั้งครรภ์กินน้ำตาลขนาด 75 g OGTT (oral glucose tolerance test) หรือ 100 g OGTT เกณฑ์การวินิจฉัยคือต้องมีผลเลือดผิดปกติอย่างน้อย 1 ค่าในกรณีกินน้ำตาลขนาด 75 g ค่าปกติต้องน้อยกว่า 95/180/153 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตามลำดับในกรณีใช้ 100 g OGTT ค่าปกติต้องน้อยกว่า 95/180/155/140 มก./ดล. และต้องมีค่าผิดปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไปในการ

วินิจฉัยเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ หากพบผิดปกติเพียง 1 ค่าให้ทำการตรวจคัดกรองซ้ำ เมื่ออายุครรภ์ 24 – 28 สัปดาห์

2. แนวทาง 2-step option แนวทางนี้มี 2 ขั้นตอน โดยขั้นแรกเป็นการตรวจคัดกรองก่อนด้วยการให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มน้ำตาลขนาด 50 กรัม (50 gram glucose challenge test: GCT) แล้วตรวจระดับน้ำตาลหลังดื่มน้ำตาล 1 ชั่วโมง หากพบว่า มีระดับน้ำตาลเกิน 140 มก./ดล. จะทำการส่งตรวจวินิจฉัยด้วย 100 g 3 hr OGTT ซึ่งในขั้นตอนที่ 2 นี้ต้องให้สตรีตั้งครรภ์งดน้ำ งดอาหารก่อนการตรวจอย่างน้อย 6–8 ชั่วโมง เกณฑ์การวินิจฉัยคือ ต้องมีผลเลือดผิดปกติอย่างน้อย 2 ค่า (ค่าปกติต้องน้อยกว่า 95/180/155/140 มก./ดล.) การจำแนกกลุ่มเบาหวานขณะตั้งครรภ์พิจารณาจากค่า fasting blood sugar (FBS) ซึ่งเป็นค่าแรกของการตรวจวินิจฉัยเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

การจำแนกกลุ่มเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม (สุริพร ศรีโพธิ์อ่อน, และคณะ, 2568) ดังนี้

1. Class A1 (GDMA1) มีระดับ FBS < 105 มก./ดล. เป็นชนิดที่ให้การรักษาด้วยการควบคุมอาหาร (diet control)

2. Class A2 (GDMA2) มีระดับ FBS > 105 มก./ดล. เป็นชนิดที่ให้การรักษาด้วยการฉีด insulin เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การรักษา

การดูแลรักษาเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีเป้าหมายสำคัญ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก โดยวิธีการรักษาเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เน้นการปรับพฤติกรรมของสตรี ในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร่วมกับการใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (สุริพร ศรีโพธิ์อ่อน, และคณะ, 2568) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์การควบคุมน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและการใช้น้ำตาลกลูโคสของสตรีตั้งครรภ์ การควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2. การรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์โดยปกติแล้วสตรีตั้งครรภ์กลุ่มน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นจากก่อนการตั้งครรภ์วันละ 35 แคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม กลุ่มน้ำหนักตัวปกติควรได้รับพลังงานวันละ 30 - 35 แคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในกลุ่มที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์หรืออ้วน ต้องการพลังงานวันละ 25 - 29.9 แคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และลดเหลือวันละ 12–15 แคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในกลุ่มที่มีภาวะอ้วน

3. การออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สามารถทำได้ในรายที่ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย

4. การใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พิจารณาใช้ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ควรเลือกใช้อินซูลินเป็นลำดับแรกในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง (moderate acting) หรือชนิดออกฤทธิ์นาน (long acting)

การพยาบาล

การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบจากเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การดูแลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีหลักการพยาบาล (วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, 2562) ดังนี้

1. ค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ ประวัติการเป็นเบาหวานของบุคคลในครอบครัว ค่าดัชนีมวลกาย และแนะนำแนวทางในการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2. แจ้งผลการคัดกรองเบาหวานให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ ทั้งผิดปกติและปกติ ซึ่งถ้าระดับน้ำตาลในเลือด 1 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล 50 กรัม เท่ากับ 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือสูงกว่าจะต้องนัดมาตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในสัปดาห์ต่อไป

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งชนิด A 1 และ A 2 โดยการรับประทานอาหาร เลือกอาหารที่เหมาะสม งดอาหารที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน ขนมหวาน จำกัดอาหารประเภทแป้ง และการออกกำลังกายสัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที โดยใช้ความแรงระดับปานกลางหรือออกกำลังกายให้รู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดกับคนอื่นได้ เช่น การเดินเร็ว เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายไม่ต้องใช้อุปกรณ์

4. กรณีหญิงตั้งครรภ์ฉีดอินซูลินด้วยตนเอง พยาบาลต้องอธิบาย ให้ทราบถึงความสำคัญของการฉีดอินซูลิน เพื่อให้เกิดความตระหนักในการฉีดอินซูลิน

5. ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ด้วย เช่น มีส่วนร่วมในการเลือกชนิดของอาหาร ให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ ไม่ซื้อของที่ไม่ควรรับประทานมารับประทานที่บ้าน เช่น ขนมหวาน ผลไม้หวานเป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากสามี ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

6. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักโภชนาบำบัด เพื่อรับคำแนะนำการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาบำบัด พิจารณาอาหารที่รับประทานให้เหมาะสม รับประทานซ้ำๆ เพื่อรับประทานได้น้อยลง งดดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

7. แนะนำการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วด้วยตนเอง เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง พร้อมแนะนำการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดต่างๆ

8. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในการตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยอัลตราซาวด์หรือเครื่องตรวจอิเล็กทรอนิกส์ (Non-stress test) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตั้งแต่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป

9. ให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลต่ำมากกว่า ปกติ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์ดันทันน้อย หรือเสียชีวิตในครรภ์

10. ให้คำแนะนำในการวางแผนเตรียมคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้สมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แนะนำให้รอคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด

11. ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา อนามัยการเจริญพันธุ์และคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรให้กับมารดาวัยรุ่นทุกคน ก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เพราะมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดทักษะและความรู้การคุมกำเนิด

12. อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของร่างกาย ให้กับมารดาวัยรุ่นฟัง เพื่อให้คลายความวิตกกังวล และเตรียมความพร้อมในการคลอดบุตร

13. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อประเมินอาการ และให้การรักษาต่อเนื่องอย่างเหมาะสม

14. สร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

หญิงไทยตั้งครรภ์ อายุ 17 ปี ตั้งครรภ์แรก วันที่ 6 ตุลาคม 2568 มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่คลินิกฝากครรภ์ อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ 1 วัน วันแรกของการประจำเดือนครั้งสุดท้าย 10 สิงหาคม 2568 วันครบกำหนดคลอด วันที่ 17 พฤษภาคม 2569 แรกได้รับประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/71 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 158 เซนติเมตร น้ำหนัก 65.5 กิโลกรัม ค่า BMI 26.23 ตรวจครรภ์ระดับมดลูกคลำไม่ได้ ตรวจคัดกรองภาวะซีมเศร้าผลปกติ เจาะเลือดตรวจความผิดปกติของเม็ดเลือดและการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ผลปกติ แพทย์ให้ยาบำรุงเลือดและนัดตรวจครรภ์พร้อมตรวจ 50 กรัม GCT ครั้งต่อไปวันที่ 8 ตุลาคม 2568 ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

วันที่ 8 ตุลาคม 2568 หญิงตั้งครรภ์มาตามนัด ครั้งที่ 2 ประเมินสัญญาณชีพปกติ ผลการตรวจครรภ์ไม่พบความผิดปกติ ผลการตรวจพบ 50 กรัม GCT ได้ 183 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร นัดตรวจครรภ์และตรวจ 100 กรัม OGTT วันที่ 22 ตุลาคม 2568

วันที่ 22 ตุลาคม 2568 หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัดครั้งที่ 3 ประเมินสัญญาณชีพปกติ อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ผลการตรวจครรภ์ไม่พบความผิดปกติ ผลการตรวจ FBS 98 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร ค่า Blood Sugar ที่ 1 ชั่วโมง 218 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร ที่ 2 ชั่วโมง 173 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร ที่ 3 ชั่วโมง 118 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร แพทย์วินิจฉัย GDMA2 ให้ยา Metformin รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เย็น และส่งปรึกษาโภชนาการ นัดฝากครรภ์พร้อมติดตามผล FBS วันที่ 27 ตุลาคม 2568

วันที่ 24 พฤศจิกายน 2568 ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ครั้งที่ 4 มาตรวจครรภ์ตามนัด อายุครรภ์ 15⁺¹ สัปดาห์ ผลการตรวจ FBS 77 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร แพทย์ให้รับยา Obimine 1 เม็ดรับประทานวันละครั้งหลังอาหารเช้า Calcium carbonate (1000 มิลลิกรัม) 1 เม็ดรับประทานวันละครั้งหลังอาหารเช้าและยา Metformin รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เย็น นัดครั้งต่อไปวันที่ 1 ธันวาคม 2568

วันที่ 1 ธันวาคม 2568 ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ครั้งที่ 5 มาตรวจครรภ์ตามนัด อายุครรภ์ 19⁺¹ สัปดาห์ แพทย์ตรวจ อัลตราซาวด์ ผลปกติ ผล FBS 80 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร และ 1 ชั่วโมง ผล PPBS 145 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร แพทย์นัดตรวจคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมทารกในครรภ์ (NIPT) วันที่ 22 ธันวาคม 2568 ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์

วันที่ 20 เมษายน 2569 ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ครั้งที่ 6 มาตรวจครรภ์ตามนัด อายุครรภ์ 36⁺¹ สัปดาห์ ความดันโลหิต 124/83 มิลลิเมตรปรอท ติดตามผล FBS 92 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร และ 1 ชั่วโมง ผล PPBS 136 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร ผลการตรวจครรภ์ปกติ นัดตรวจครรภ์ครั้งต่อไปวันที่ 27 เมษายน 2569 แนะนำการนับลูกดิ้นและอาการผิดปกติเช่น ลูกดิ้นน้อย ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่

วันที่ 27 เมษายน 2569 ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ครั้งที่ 7 มาตรวจครรภ์ตามนัด อายุครรภ์ 37⁺¹ สัปดาห์ ความดันโลหิต 113/76 มิลลิเมตรปรอท ติดตามผล 1 ชั่วโมง PPBS 137 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ซีลิตร ผลการตรวจครรภ์ปกติ อัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้งต่อนาที ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เนื่องจากเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 3) หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารก 3) ขาดความรู้เรื่องการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และการควบคุมโรคเบาหวาน หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือรับฟังคำแนะนำ นัดตรวจครรภ์ครั้งต่อไปที่คลินิกฝากครรภ์ วันที่ 10 พฤษภาคม 2569 รวมจำนวนครั้งที่ดูแล 7 ครั้ง และรวมวันที่อยู่ในการดูแล 7 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษางานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของ

4.3.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแหลมฉบัง ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 27 เมษายน 2569 รวมจำนวนครั้งที่ดูแล 9 ครั้ง

เชิงคุณภาพ

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้รับการประเมินภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การคลอดก่อนกำหนด การคลอดยาก ได้เข้าโรงเรียนพ่อแม่ และการสังเกตอาการที่ต้องมาโรงพยาบาล เน้นเรื่องการมาฝากครรภ์ตามนัด และการรับประทานยา หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือดีตลอดระยะเวลาที่มาฝากครรภ์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหน่วยงานส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อตัวมารดาและทารกในครรภ์เช่น การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ อีกทั้งมารดาเป็นวัยรุ่นขาดประสบการณ์การดูแลตนเอง ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติและการได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ การติดตามฝากครรภ์ให้ได้คุณภาพและติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดตลอดการฝากครรภ์ และการให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการติดเชื้อต่างๆเช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเบาหวาน Metformin กลับไปรับประทานที่บ้าน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จึงต้องมีการให้ข้อมูลการรับประทานยาและงดหรือเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เช่น ขนม น้ำปั่น ชาไข่มุก และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ตรงเวลา เพื่อให้มารดาสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมโดยมีครอบครัวและญาติร่วมดูแลด้วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และทักษะในการให้การพยาบาล สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการเฝ้าระวังและติดตามผลการรักษาได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

9.2 ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ และยาที่จำเป็น ให้สามารถพร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉินและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวสุเมธิณี กฤษณะภูติ สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ลำพณทิพย์ กฤษณะภูติ ผู้ขอประเมิน

(นางสาวสุเมธิณี กฤษณะภูติ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางเอ๋อมเดือน เตชะมา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

วันที่ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นางชนบเนตร แสงประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 20 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ 26 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์

2. หลักการและเหตุผล

ซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually-transmitted disease หรือ STD) จากการสำรวจสถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563-2565 พบว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เท่ากับร้อยละ 0.58 0.80 และ 1.05 ตามลำดับ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2565) การติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการติดเชื้อยังทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณรกเพื่อส่งผ่านออกซิเจนสู่ทารกลดลง ส่งผลให้ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ มีความพิการผิดรูปแต่กำเนิด ภาวะตายคลอด (still birth) และติดเชื้อซิฟิลิสตั้งแต่กำเนิด ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ หญิงที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คน มีประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ร่วมกับติดเชื้อซิฟิลิส ทำให้ทารกมีโอกาสเกิดภาวะซิฟิลิสตั้งแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น 6 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด (ลักขณา ออดินารต์, 2566) อุปสรรคต่อการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด คือ การตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาที่ล่าช้า คู่เพศสัมพันธ์ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ครบตามที่กำหนด การไม่ตระหนักถึงโอกาสในการติดเชื้อซ้ำ ขาดการติดตามผลการรักษาอย่างเหมาะสม (เจนจิต ฉายะจินดา, 2566)

จากสถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแหลมฉบัง ในปี 2566-2568 พบหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ จำนวน 1982 ,1167 และ 1139 ราย ตามลำดับ พบว่า มีการติดเชื้อซิฟิลิส จำนวน 49 , 41 และ 74 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลแหลมฉบัง, 2566-2568) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลกระทบทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก จากการทบทวน พบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ในระหว่างตั้งครรภ์ การรับข้อมูลความรู้โดยพยาบาลคลินิกขณะรอฝากครรภ์ ซึ่งมีผู้รับบริการจำนวนมากต้องรีบเร่งให้คำแนะนำ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ฟังไม่ทัน ไม่เข้าใจหรือจำไม่ได้ และเมื่อกลับบ้านไม่มีสื่อหรือคู่มือช่วยทบทวน ไม่ได้นำความรู้มาใช้อย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง รวมทั้งแนวทางการให้ความรู้ในคลินิกฝากครรภ์ไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน ขาดสื่อการสอนที่เหมาะสม เอื้อต่อการเรียนรู้ จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้จัดทำจึงได้จัดทำ รูปแบบสื่อการสอน การส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ขึ้น ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (QR CODE) เสริมจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ของกรมอนามัย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ได้ทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย และดูได้สะดวกทุกที่ทุกเวลา และสามารถทบทวนเนื้อหาซ้ำได้ด้วยตนเอง เอื้อต่อการเรียนรู้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ช่วยเพิ่มความเข้าใจและความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ป้องกันการติดเชื้อซ้ำ เกิดความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ในปัจจุบันนี้ วัตถุประสงค์ของผู้ป่วยโรคนี้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อมาก่อน เนื่องจากโรคซิฟิลิสในระยะแฝงไม่แสดงอาการจึงทำให้มีการติดเชื้อโดยไม่รู้ตัว สามารถแพร่เชื้อไปสู่คู่นอนได้หรือทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใน

ระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจ ระบบ หลอดเลือด ระบบประสาท และเกิดผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การแท้งบุตร คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกมีการเจริญเติบโตช้า ทารกมีความพิการ และทารกเสียชีวิตได้ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคทุกราย ถ้าตรวจพบว่ามีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสจะได้รับการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซิฟิลิส การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อและการรับเชื้อเพิ่ม การรักษาที่จะได้รับ การตระหนักถึงและเห็นความสำคัญของการรักษาจนครบ การตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง การพาคุณนมาตรวจรักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการติดเชื้อซ้ำ

การติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะรุนแรงต่าง ๆ มากมาย รวมทั้งปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มการติดเชื้อที่สูงขึ้น จากการทบทวนข้อมูลในคลินิกฝากครรภ์ พบ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง การป้องกันตนเองติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ ปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง และคลินิกฝากครรภ์มีผู้รับบริการจำนวนมาก การให้ข้อมูลความรู้โดยพยาบาลต้องรับแรง ทำให้ผู้รับบริการฟังไม่ทันหรือจำไม่ได้ รวมทั้งแนวทางการให้ความรู้ในคลินิกฝากครรภ์ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ขาดสื่อการสอนที่เหมาะสม เอื้อต่อการเรียนรู้ เมื่อผู้รับบริการกลับบ้านไม่มีสื่อช่วยทบทวนจึงไม่ได้นำความรู้มาใช้อย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาจึงจัดทำรูปแบบสื่อการสอน การส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (QR CODE) เสริมจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ของกรมอนามัย โดยใช้แนวคิดกระบวนการคุณภาพ วงจรเดมมิง Deming Cycle : PDCA (Plan-Do-Check-Act หรือ PDCA cycle) ซึ่งเป็นกระบวนการคุณภาพที่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ และเกิดการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง (สุขสันต์ สุขสงคราม, 2564) ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาสื่อการสอน ที่เหมาะสม และเอื้อต่อการเรียนรู้มาใช้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส โดยจัดทำข้อมูลความรู้เรื่องโรคและแนวทางการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ เกิดความสนใจมากขึ้น สามารถดูได้ง่าย สะดวกทุกเวลา และสามารถทบทวนเนื้อหาซ้ำได้ด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง เอื้อต่อการเรียนรู้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ช่วยเพิ่มความเข้าใจและความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองได้ ป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ป้องกันการติดเชื้อซ้ำ เกิดความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดได้

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำสื่อการสอนการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ระยะเวลาดำเนินการ

1 ตุลาคม 2569 – 31 มีนาคม 2570

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพคลินิกฝากครรภ์งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส
4. จัดทำสื่อการสอนการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาสื่อการสอนการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้สื่อการสอนกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

6. เสนอแนวทางการใช้สื่อการสอนการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

7. เตรียมสื่อการสอนการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์

8. จัดทำแบบประเมินสื่อการสอนการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์

9. นำสื่อการสอนการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสและประเมินผล

10. สรุปผลการใช้สื่อการสอนการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีสื่อการสอนการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ไปใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

4.2 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมีการใช้สื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลวิชาชีพคลินิกฝากครรภ์งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก นำสื่อการสอนการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ไปใช้ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) สุเมธินี ฤทธิเดช ผู้ขอประเมิน

(นางสาวสุเมธินี ฤทธิเดช)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). *การสำรวจ สถานการณ์โรคซิกาฟิสิสแต่กำเนิด. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.*
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2566). *รายงานจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลแหลมฉบัง 2566.* โรงพยาบาลแหลมฉบัง.
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2567). *รายงานจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลแหลมฉบัง 2567.* โรงพยาบาลแหลมฉบัง.
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2568). *รายงานจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลแหลมฉบัง 2568.* โรงพยาบาลแหลมฉบัง.
- เจนจิต ฉายะจินดา. (2566). *การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช. โรงพยาบาลศิริราช.*
- ลักขณา ออดินารัต. (2566). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 5(2), 1-15. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/266214>*
- วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวลย์ บุตรคำ, ทศณีย์ หนูนารถ, และ เบญจวรรณ ละหุการ. (2562). *ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลกับการดูแล. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 9(2) 100-113. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/179414/159766>*
- สุขสันต์ สุขสงคราม. (2564). *แนวคิดการบริหารแบบวงจรคุณภาพ (PDCA) กับการบริหารแบบพระพุทธศาสนา. วารสารธรรมวัตร, 2(1), 40-49. <https://so09.tci-thaijo.org/index.php/tmwj/article/view/637>*
- สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. (2562). *การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 เล่ม 2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.*
- สุรีพร ศรีโพธิ์อ่อน, รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์, เรืองศรี ศรีสวนจิก, (2568). *ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลฝากครรภ์. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 52(1). 311-323*

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นายสว่างพงษ์ บุญกลิ่น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๒๓๕๐๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๓๕๐๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูง				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” อุทัยศิริ วัฒนวงษ์วงศ์					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูง

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ.2568 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2 ชั่วโมง 20 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะชักจากไข้สูง (Febrile convulsion) คือ ภาวะชักที่เกิดร่วมกับการมีไข้ เป็นภาวะเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยในเด็กเป็นสาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเด็กมีโอกาสที่จะเกิดอาการชักซ้ำได้ อาการชักจะเป็นการชักเกร็งร่วมกับกระตุกทั้งตัวตาเหลือกค้าง ปากเขียวและหมดสติ ส่วนใหญ่จะชักภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่เริ่มมีไข้ มักพบในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี เพราะระบบประสาทส่วนกลางยังพัฒนาการไม่เต็มที่ จึงไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้อย่างสมบูรณ์ เมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นเนื่องมาจากการติดเชื้อหรือสาเหตุใดก็ตาม จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้าของเซลล์ประสาท ซึ่งกระตุ้นให้มีความไวต่อการชักได้ ภาวะชักจากไข้สูงถึงแม้การพยากรณ์โรคจะค่อนข้างดีและไม่มีผลต่อความผิดปกติของระบบประสาท สมอง หรือพัฒนาการของเด็ก แต่ถ้ามีอาการชักติดต่อกันเกิน 15 นาทีขึ้นไปจนสมองขาดออกซิเจนหรือมีภาวะชักซ้ำหลายครั้งในการเจ็บป่วยครั้งเดียว อาจมีผลกระทบต่อสมองทำให้เกิดความเสียหายถาวรได้ พบได้บ่อยในเด็กที่มีประวัติครอบครัวที่มีอาการชักจากไข้สูง และเด็กที่เคยชักจากไข้สูงแล้ว มีโอกาสที่จะกลับมาชักซ้ำได้ร้อยละ 20-50 และมีโอกาสที่จะเกิดโรคลมชักได้สูงกว่าเด็กทั่วไป แต่ถ้ามารักษาอย่างถูกต้องและได้รับการดูแลที่ดีจะสามารถป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำได้ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2563)

พยาธิสภาพของโรค

ภาวะชักจากไข้สูง (Febrile convulsion) เป็นอาการชักที่เกิดร่วมกับอาการไข้ในเด็กที่มีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส โดยทั่วไปพบอาการชักจากไข้สูงในเด็กอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 5 ปี ที่ไม่เคยชักโดยไม่มีไข้มาก่อน อาการชักมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกของไข้ อาการไข้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของเซลล์ประสาทสมอง ทำให้เซลล์ประสาทสมองไวต่อการเกิดการชักได้มากขึ้น ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับอายุและการเจริญเติบโตของสมองด้วย โดยมีกลไกสำคัญคือ ระบบประสาทส่วนกลางถูกกระตุ้นมากผิดปกติจากการทำงานของสารสื่อประสาทที่เสียสมดุลและภาวะอุณหภูมิในร่างกายที่เปลี่ยนไป (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2563)

สาเหตุของโรค

เกิดจากการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทสมอง เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หูชั้นกลางอักเสบ กระเพาะอาหารหรือลำไส้อักเสบ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หรืออาจเกิดจากภายหลังได้วัคซีนคางทูม หัด หัดเยอรมัน (จักรกฤษ ปิจดี, มณฑนาวัตี เมธาพัฒนะ, และ ญัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์, 2564) ดังนี้

1) การติดเชื้อทั่วไป เช่น การเป็นหวัดเจ็บคอ หรือหลอดลมอักเสบ สาเหตุเกิดได้จากเชื้อไวรัส และเชื้อแบคทีเรีย โดยส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดไข้หวัด (Influenza) หรือ Parainfluenza พบประมาณร้อยละ 16-20

2) การฉีดวัคซีน อาการไข้สูงมีความสัมพันธ์กับการให้วัคซีน ป้องกัน คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ชนิด Whole Cell (DTP) และวัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR) มากกว่าชนิดอื่น มักเกิดในช่วง

1-2 สัปดาห์หลังได้รับวัคซีน แต่ในปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ชนิดที่เป็น Acellular (DPTa) ทำให้มีไข้ลดลงหลังจากได้รับวัคซีน และโอกาสเกิดชักจากไข้สูงมีอุบัติการณ์ลดลง

3) ปัจจัยกระตุ้น

3.1) สาเหตุเกิดจากสมองยังพัฒนาไม่เต็มที่จึงเป็นสาเหตุให้เกิดการชักจากไข้สูง ปัจจุบันความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางชนิด เช่น สาร GABA (Gamma-Amino Butyric Acid) ในน้ำไขสันหลังจะพบลดลงในกลุ่มเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูง ในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง พบว่ามีสาร Neopterin สูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในด้านภูมิคุ้มกันของระบบประสาทส่วนกลาง

3.2) ภาวะขาดธาตุเหล็ก อาจเป็นสาเหตุของการเกิดไข้สูงแล้วชักได้ โดยพบว่าเด็กที่ชักมักชั้ดและขาดธาตุเหล็กมากกว่าเด็กปกติ

3.3) พันธุกรรมหรือยีน พบว่าประวัติการชักในญาติสายตรงและแฝดแท้มีโอกาสที่จะชักมากกว่าแฝดเทียม

3.4) ความผิดปกติของสมอง พบว่ามีความผิดปกติบริเวณสมองส่วนฮิปโปแคมปัส จากการทำเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในกลุ่มผู้ป่วยชักจากไข้สูง พบสาเหตุว่ามีความผิดปกติของสมองในส่วนฮิปโปแคมปัส มีโอกาสที่จะเป็นภาวะลมชักหรือลมบ้าหมูตามมาภายหลังมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี ความผิดปกติ

อาการและอาการแสดง

ลักษณะทางคลินิกของเด็กที่ชักจากไข้สูง (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2563) มีดังนี้

1) มีอาการนำก่อนชัก เช่น อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส (100.4 องศาฟาเรนไฮต์) ตัวร้อน หน้าแดง มึนงง สับสน กระสับกระส่าย ร้องกวน เป็นต้น

2) อาการชัก ได้แก่ เกร็งกระตุก ตาเหลือกค้าง ปากเขียว น้ำลายฟูมปาก หายใจลำบาก และหมดสติ โดยเกิด ขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่เริ่มมีอาการไข้

3) ลักษณะอาการชักแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

3.1) Simple Febrile Convulsion จะเป็นการชักแบบชักเกร็ง กระตุกทั้งตัว (Generalized Tonic-Clonic Seizure) ไม่รู้สึกตัว ปัสสาวะอุจจาระราด อาจมีหายใจลำบากร่วม มีน้อยรายที่มีอาการเฉพาะที่ (Focal Motor หรือ Tonic) เด็กจะมีอาการชักเป็นช่วงสั้น ๆ ส่วนมากนานไม่เกิน 5 นาที หลังชักเด็กจะมีอาการมึนงงและนอนหลับ เนื่องจากสมองเหนื่อยล้าและต้องการพักผ่อน หลังจากนั้นจะกลับมาเป็นปกติเหมือนก่อนเกิดอาการ ตรวจไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาท และจะไม่มีอาการชักซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง

3.2) Complex Febrile Convulsion เป็นอาการชักจากไข้ที่มีการชักรุนแรง นานติดต่อกันเกิน 15 นาที ขึ้นไป หรือมีอาการชักซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง คือ มีอาการชักซ้ำติดต่อกันนานหลายครั้งในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน และอาการชักอาจเกิดเฉพาะที่ มีการเกร็งกระตุกเฉพาะซีกของร่างกาย หลังชักอาจพบมีอาการอัมพาตของแขนขาส่วนที่มีอาการ (Todd' Paralysis) และพักพบเด็กมีความผิดปกติทางระบบประสาทมาก่อนหรือเกิดตามภายหลังชัก

การวินิจฉัยโรค

ประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ (จักรกฤษ ปิงดี และคณะ, 2564) ดังนี้

1) การซักประวัติ เกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด อันตรายที่ได้รับจากการคลอด ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติครอบครัว การเจริญเติบโตและพัฒนาการ ประวัติการมีไข้ เจ็บคอ การมีน้ำมูกหรือเสมหะ การถ่ายอุจจาระเหลว และลักษณะอาการชัก เป็นต้น

2) การตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุของไข้ โดยเฉพาะการตรวจในระบบประสาทเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) วิเคราะห์น้ำตาลในเลือด (UA) และตรวจหาความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น น้ำตาลในเลือด (Blood Sugar) อิเล็กโทรไลต์ (Electrolytes) แคลเซียม แมกนีเซียม และฟอสฟอรัส

4) การตรวจน้ำไขสันหลัง (Lumbar Puncture) ในเด็กทุกรายที่มีอาการแสดงคล้ายภาวะติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง และเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 12 เดือน ทุกรายที่มาด้วยชักจากไข้ครั้งแรก เนื่องจากอาจไม่พบอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง

5) การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram: EEG) เฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ชักจากไข้สูงแบบซับซ้อน มีการชักซ้ำโดยที่ไม่มีไข้ มีพัฒนาการล่าช้าหรือพบ อาการทางระบบประสาทหลังชัก

การรักษา

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่ชักจากไข้สูง (จักรกฤษ ปิจดี และคณะ, 2564) มีดังนี้

1) รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ซึ่งแก้ไขโดยการให้ออกซิเจนที่เหมาะสม เพื่อรักษาค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) ให้มากกว่า 95%

2) การให้ยากันชัก ถ้ามีอาการชักนานเกิน 5 นาที แพทย์จะให้ยา Diazepam ครั้งละ 0.3 mg./kg. ทางหลอดเลือดดำ หรือครั้งละ 0.5 mg./kg. ทางทวารหนัก แต่ไม่เกินครั้งละ 10 mg. ในกรณีที่ชักซ้ำ สามารถให้ยาซ้ำได้ใน 5 นาที และให้ซ้ำได้ไม่เกิน 2 ครั้ง

3) การให้ยาลดไข้ ได้แก่ Acetaminophen ในปริมาณครั้งละ 15 mg./kg. ห่างกันทุก 4-6 ชั่วโมง หรือ Ibuprofen ครั้งละ 5 mg./kg. ห่างกันทุก 8 ชั่วโมง เมื่อมีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย และป้องกันการชักซ้ำ

4) การตรวจและรักษาสาเหตุที่ทำให้มีไข้

การพยาบาล

ขณะมีอาการชักจากไข้สูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต ต้องมีความรู้ความสามารถ และความชำนาญในการประเมินอาการต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว รายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว มีแนวทางการพยาบาล (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2563) ดังนี้

1) ประเมินและบันทึกลักษณะการชัก ลักษณะของใบหน้า ตา ขณะชักระดับ การรู้สติของผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการชัก ระยะเวลาที่ชักทั้งหมด จำนวนครั้งหรือความถี่ของการชักทั้งหมด เพื่อวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้องและรวดเร็ว

2) เช็ดตัวลดไข้ทันทีที่พบว่าเด็กมีไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียสขึ้นไป โดยการเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุณหภูมิห้องประมาณ 15 นาที หรือจนกว่าไข้จะลดลงเนื่องจากน้ำจะเป็นตัวช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกายพร้อมทั้งส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการเช็ดตัวโดยการสาธิตและสอนให้ญาติสามารถเช็ดตัวได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะชักจากไข้สูง

3) เมื่อมีอาการชักจัดทำให้เด็กนอนราบ ไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้ น้ำลายไหลออกจากปากไม่สำลักเข้าทางเดินหายใจและลิ้นไม่ไปอุดหลอดลม คลายเสื้อผ้าให้หลวม ไม่ห่มผ้า ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยให้ได้รับออกซิเจนเมื่อเด็กมีอาการเขียว ระวังระวังการเกิดอุบัติเหตุระหว่างการชักเกร็ง และประเมินสัญญาณชีพหลังจากหยุดชัก

4) ดูแลให้ยาลดไข้ เพราะไข้อาจกระตุ้นให้เด็กมีโอกาสชักนานขึ้นโดยให้ยา Paracetamol 10-15 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อครั้ง ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือ Ibuprofen 5-10 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อครั้ง

5) ดูแลให้ยากันชักตามแผนการรักษา คือ Diazepam ขนาด 0.3 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อครั้ง ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ไปเรื่อย ๆ จนหยุดชัก เป็นลักษณะ Titrate Dose ขณะฉีดต้องสังเกตลักษณะการหายใจของเด็กด้วย เนื่องจากยาจะมีผลข้างเคียงในการกดศูนย์การหายใจ รายที่ยังไม่ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำไม่ได้ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ Diazepam สวนเก็บทางทวารหนัก โดยใช้ Diazepam ชนิดฉีดผสมน้ำมันพืชเพื่อเป็น 2 เท่าของปริมาณยาที่คำนวณได้ หลังสวนเสร็จให้ยากันชักและหนีบทวารหนักประมาณ 2 นาที เพื่อไม่ให้ยาไหลออก

6) ดูแลให้เด็กได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน

7) ไม่ควรผูกยึดตรึงเด็กขณะที่มีอาการชักเพราะการยึดตรึง อาจทำให้กระดูกหักได้

8) การกดลิ้นเป็นสิ่งไม่จำเป็น เนื่องจากการพยายามกดปากเด็กให้อ้าออกเพื่อใส่ไม้กดลิ้นอาจเป็นอันตรายได้จากฟันหักและหลุดไปอุดหลอดลม

9) หลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้เกิดการชักอีก เช่น ดูแลไม่ให้เด็กมีไข้ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

10) สังเกตและติดตามอาการชักที่อาจเกิดขึ้นอีก โดยจัดให้เด็กนอนในบริเวณที่สังเกตได้ตลอดเวลา ประเมินอาการทางระบบประสาท ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ซึม เป็นต้น

11) ประเมินความรู้ความสามารถของบิดามารดาและญาติหรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยเหลือ สอน และชี้แนะที่เหมาะสม

12) รับฟังและชี้แนะวิธีการเผชิญความเครียด หรือแก้ปัญหาต่างๆจากแหล่งสนับสนุนและความสามารถแต่ละบุคคล

13) เปิดโอกาสให้บิดามารดาและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการสอนและสาธิตวิธีการเช็ดตัวลดไข้ให้บิดามารดา การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายและอุบัติเหตุจากการชัก การสังเกตอาการผิดปกติ อาการชัก ลักษณะอาการชัก และอาการแสดงหลังการชัก เพื่อประโยชน์ต่อการป้องกันและรักษาพยาบาล

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 1 ปี 7 เดือน มารดาให้ประวัติ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ใจ รับประทานอาหารได้น้อย 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชักเกร็ง กระตุกประมาณ 2 นาที แรกเริ่มที่ท้องอุ้งติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการชักเกร็ง สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกายได้ 39.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/60 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ น้ำหนัก 8.41 กิโลกรัม ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) 15 คะแนน (E₄V₅M₆) สมองตาได้เอง ขยับแขนขาได้เอง รูปร่างตาตอบสนองต่อแสงทันที ขนาด 2 มิลลิเมตร แพทย์ให้ยาลดไข้ Paracetamol syrup 5 มิลลิกรัม รับประทาน ทานที่และทุก 4-6 ชั่วโมงเวลาปวดหรือมีไข้ ดูแลเช็ดตัวลดไข้ร่วมกับมารดาและแนะนำวิธีการเช็ดตัวลดไข้ให้แก่มารดา วัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำได้ 36.9 องศาเซลเซียส ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count พบ WBC 11.58×10^3 /UL Urine analysis พบ WBC 5-10 cells/HPE แพทย์สงสัยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ให้สารน้ำ 5% DNSS 1,000 มิลลิกรัม อัตราการไหล 40 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 1 กรัม ใน 0.9% NSS จำนวน 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ 650 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง แพทย์วินิจฉัยชักจากไข้สูง ให้ข้อมูลกับมารดาเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักซ้ำ 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง 3) ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แพทย์พิจารณารับผู้ป่วยไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล ประเมินผู้ป่วยก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยเด็ก สัญญาณชีพปกติ ใช้ลดลง ระดับความรู้สึกตัว 15 คะแนน (E₄V₅M₆) ผู้ป่วยออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเวลา 05.36 น. ระหว่างส่งต่อผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการชัก ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 158 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยด้วยรถนอนอย่างปลอดภัย ถึงหอผู้ป่วยเด็ก เวลา 06.15 น. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 1 ครั้ง วันที่ 14 พฤศจิกายน 2568 เวลา 14.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไข้เริ่มลดลง ไม่มีอาการชัก สัญญาณชีพปกติ รับประทานอาหารอ่อนและนมได้ เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2568 เวลา 14.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เล่นได้ รับประทานอาหารได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 38 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/60 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือดี แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 19 พฤศจิกายน 2568 และนัดติดตามอาการที่คลินิกกุมารเวชกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก วันที่ 24 ธันวาคม 2568 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 ชั่วโมง 20 นาที และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 7 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่นำเสนอจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูง

2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด อันตรายที่ได้รับจากการคลอด ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

- 3) ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ
- 4) ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
- 5) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
- 6) ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย
- 7) เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

- 1) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูง
- 2) เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูง จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ.2568 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2 ชั่วโมง 20 นาที

เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะชักจากไข้สูง ไม่เกิดภาวะชักซ้ำและภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถให้การดูแลต่อเองที่บ้านได้ และญาติมีความพึงพอใจในการดูแลรักษา

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อภาวะชักซ้ำเนื่องจากแรกเริ่มมีไข้สูงและพบมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดอาการไข้ได้ พยาบาลจำเป็นต้องมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการป้องกันการชักซ้ำ โดยการจัดการเรื่องไข้ที่เหมาะสม ได้แก่การเช็ดตัวลดไข้อย่างทันท่วงทีและให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดเตรียมออกซิเจน ยาแก้ชัก ยาช่วยชีวิต รถอุปกรณ์ฉุกเฉิน ไว้บริเวณข้างเตียง หากเกิดภาวะฉุกเฉิน เพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น อุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ขณะมีอาการชักตลอดจนให้คำแนะนำผู้ดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา พบว่าผู้ป่วยรายนี้ถูกคัดแยกตามระดับความรุนแรงด่วน เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 2 ทีมประเมินผู้ป่วยตามหลัก ESI Triage ไม่พบภาวะวิกฤตที่ต้องจัดการทันที เนื่องจากไม่ได้อยู่ในภาวะชักเกร็ง และผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะชักซ้ำจากไข้สูง แก่ไขภาวะไข้สูงโดยการให้ยาลดไข้และเช็ดตัวลดไข้ ระหว่างให้การดูแลพบว่า มารดามีความวิตกกังวล ไม่มีความมั่นใจ ไม่กล้าเช็ดตัวเมื่อเด็กร้อง พยาบาลจึงดูแลเช็ดตัวลดไข้ร่วมกับมารดา คอยกระตุ้น แนะนำวิธีการเช็ดตัวลดไข้ให้มารดามีส่วนร่วม และมีกำลังใจดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับ ประเมินสัญญาณชีพ ฝ้าติดตามอาการชักซ้ำและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทในขณะเดียวกัน

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง การติดตามไข้ระวังอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชักซ้ำ และให้การพยาบาลได้ถูกต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

9.2 การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชัก ในห้องฉุกเฉินมีความจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน ออกซิเจน ยาชักชัก ยาช่วยชีวิต เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นายสว่างพงษ์ บุญกลิน สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)^{สว่างพงษ์}..... (ผู้ขอประเมิน)

(นายสว่างพงษ์ บุญกลิน)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่...31... เดือนก.ค..... พ.ศ.2569...

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

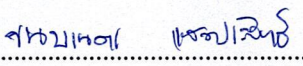
(ลงชื่อ) 

(นางกาญจนา สำเลิศรัมย์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

วันที่ ๖ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(ลงชื่อ) 

(นางชนบทร แสงประสิทธิ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 4 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(ลงชื่อ) 

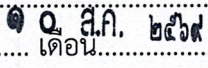
(นายสุพจน์ พวงลำไย)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 5 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(ลงชื่อ) 

(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี)

ตำแหน่ง 

วันที่ ๑๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน

2. หลักการและเหตุผล

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ไถล ถลา หรือตกไปสู่พื้นผิวที่ต่ำกว่า ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บก็ตาม การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลกและเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสียชีวิตได้ โดยพบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากถึงร้อยละ 70-80 ของภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีบริบทที่มีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาล ทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและลักษณะของผู้มารับบริการที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด พิษสุราซึ่งเป็นสารกระตุ้นต่อระบบประสาททำให้ผู้ป่วยมีภาวะสับสน ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง นำไปสู่การพลัดตกหกล้มได้ (วิศรุตฯ ตีเมืองชัย, 2567)

ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแหลมฉบัง ให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีความหลากหลาย เนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ติดกับถนนสุขุมวิท ทำให้มีผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเข้ามารับบริการจำนวนมาก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน ปี 2566 - 2568 พบว่า ปี 2566 พบอุบัติการณ์ จำนวน 4 ครั้ง จำแนกเป็นความเสี่ยงระดับ B จำนวน 2 ราย ระดับ C จำนวน 2 ราย ปี 2567 พบอุบัติการณ์ จำนวน 3 ครั้ง จำแนกเป็นความเสี่ยงระดับ B จำนวน 1 ราย ระดับ C จำนวน 1 ราย และระดับ D จำนวน 1 ราย ในปี 2568 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม ระดับ H จำนวน 1 ครั้ง (โรงพยาบาลแหลมฉบัง, 2566, 2567, 2568) ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุตกจากที่สูง มีเลือดออกในสมอง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ดิ้น ทำให้รถนอนพลิกผู้ป่วยตกจากรถนอนได้รับการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จากการทบทวนอุบัติการณ์พบว่า ไม่มีการประเมินปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มปฏิบัติตามประสบการณ์ของพยาบาล แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ไม่ชัดเจนไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาลในห้องฉุกเฉินสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นไปในทิศทางเดียวกันส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ครอบคลุม ไม่เกิดอุบัติการณ์ที่สามารถเฝ้าระวังและป้องกันได้ สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล

3. บทวิเคราะห์ แนวความคิด ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

การพลัดตกหกล้มเป็นอุบัติการณ์ที่สามารถป้องกันได้และเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ไถล ถลา หรือตกไปสู่ พื้นผิวที่ต่ำกว่า ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บก็ตาม ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ปวยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic Factors) และปัจจัยภายนอก/สิ่งแวดล้อม (Extrinsic Factors) ซึ่งมักเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน โดยเฉพาะให้ห้องฉุกเฉินที่มีความเฉพาะเจาะจงและแตกต่างไปจากหอผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาลเนื่องจาก ความเร่งด่วนของโรค

อาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ความแออัด และสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วยปัจจัยตัวผู้ป่วยและอาการเจ็บป่วย เช่น ภาวะมีน้ำตาลหรือสารเสพติด อาการเจ็บป่วยเฉียบพลันทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผลจากการรักษาและยา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความแออัดของพื้นที่ (Crowding) ปริมาณผู้ป่วยที่หนาแน่นในห้องฉุกเฉิน เตียงและรถเข็นผู้ป่วยล้นเตียงหรือล้นรถเข็นไม่ได้ Lock ไม่กั้นเตียงไม่ได้ยกขึ้น หรือความสูงของเตียงไม่สัมพันธ์กับตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ เช่น ไม่ได้ประเมินคะแนนความเสี่ยงหกล้ม ไม่ปฏิบัติตามแนวทางแนวทางไม่ครอบคลุม ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผลกระทบของการพลัดตกหกล้มส่งผลทั้งต่อร่างกายทำให้เกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำ ถลอก จนถึงขั้นกระดูกสะโพกหักซึ่งทำให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น หรือรุนแรงจนถึงขั้นสมองได้รับความกระทบกระเทือนเกิดภาวะเลือดคั่งในสมองจนทำให้เสียชีวิตนอกจากนี้การพลัดตกหกล้มนำไปสู่ความไม่พึงพอใจและการฟ้องร้องตามมาได้ (ราชวัช ทวีคุณ, 2566)

จากการทบทวนอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉินพบว่าไม่มีการประเมินปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มปฏิบัติตามประสพการณ์ของพยาบาล แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ไม่ชัดเจน ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน โดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่พยาบาลนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย เป็นการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนของการตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ที่มีมาตรฐานและมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการนำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Hendrich II Fall Risk Model โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงหลักทั้งหมด 7 ด้าน มาใช้ในการประเมิน เพื่อให้พยาบาลในห้องฉุกเฉินสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นไปในทิศทางเดียวกันส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ครอบคลุม ไม่เกิดอุบัติการณ์ที่สามารถเฝ้าระวังและป้องกันได้และเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1) เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉินที่เป็นแนวทางเดียวกันของหน่วยงาน

2) เพื่อลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน

ระยะเวลาดำเนินงาน

1 ตุลาคม 2569 – 31 มีนาคม 2570

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) ทบทวนปัญหาและศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน

2) ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน

- 3) รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน
- 4) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน
- 5) นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางที่จัดทำขึ้นกับหัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแหลมฉบัง
- 6) เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน ประสานงานกับบุคลากรและ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
- 7) เตรียมเอกสารแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน
- 8) จัดทำแบบประเมินแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน
- 9) นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉินที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแหลมฉบังและประเมินผล
- 10) สรุปผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแหลมฉบัง มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉินไปใช้ในแนวทางเดียวกัน
- 4.2 พยาบาลนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เข้ารับการรักษในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ก่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแหลมฉบังนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉิน ไปใช้ร้อยละ 100
- 5.2 อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในห้องฉุกเฉินในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) สว่างพงษ์ (ผู้ขอประเมิน)

(นายสว่างพงษ์ บุญกลิน)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่...31... เดือน ...ก.ค...... พ.ศ. ...2569...

เอกสารอ้างอิง

- จักรกฤษ ปิบัติ, มณฑนาวดี เมธาพัฒนา, และ ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 22(1), 29-37. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/241957/168560/>
- พรทิพย์ ศิริบุรุษย์พัฒนา (บรรณาธิการ). (2563). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2 :การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติทางอายุรกรรมในระบบต่าง ๆ*. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ราชวัช ทวีคุณ. (2566). ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีบุญเรือง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 31(3), 332-345. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/267032/182183>
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2566). *รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโรงพยาบาลแหลมฉบัง ปีงบประมาณ 2566*. โรงพยาบาลแหลมฉบัง
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2567). *รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโรงพยาบาลแหลมฉบัง ปีงบประมาณ 2567*. โรงพยาบาลแหลมฉบัง
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2568). *รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโรงพยาบาลแหลมฉบัง ปีงบประมาณ 2568*. โรงพยาบาลแหลมฉบัง
- วิศรุดา ตีเมืองซ้าย. (2567). การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21(1), 122-136. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/267493/183204>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวณัฐสรีย์ บุญยัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
		พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๓๖๖๒	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๓๖๖๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	นวัตกรรม หมอนแก้วเขียวบริหารมือ				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”		สุชาศิริ วัฒนวงษ์คี			

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ.2565 ถึงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ.2565

รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 4 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI เป็นหนึ่งในสามของกลุ่มอาการทางคลินิกของกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ซึ่งหมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออก หน้ามืดเป็นลม คลื่นไส้อาเจียน กลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกเป็น 3 กลุ่ม (พรทิพย์ สาริโส, 2565) คือ

1. Unstable Angina (UA) เป็นกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram)

ไม่มี ST Segment Elevation แต่มี ST Segment Depression หรือ T Wave Inversion แต่ไม่พบ Cardiac Biomarker (Negative)

2. Non ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) เป็นกลุ่มอาการที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี ST Segment Elevation แต่มี ST Depression หรือ T Wave Inversion และพบ Cardiac Biomarker Positive ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Q Wave

3. ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST Segment Elevation และพบ Cardiac Biomarker Positive ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน แต่หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

พยาธิสภาพของโรค

พยาธิสภาพของโรคของหลอดเลือดหัวใจเกิดจากเมื่อหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแข็งจะทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง หากหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บ พังผืด (Plaque) จะฉีกขาดและกระตุ้นให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดและเกิดก้อนลิ่มเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตัน จึงขัดขวางการไหลเวียนเลือด ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หากขาดเลือดนาน 20 นาที กล้ามเนื้อหัวใจจะตายและส่งผลให้เกิดการเจ็บหน้าอกภายใน 8-10 วินาทีหลังจากที่มีการไหลเวียนของเลือดลดลง เมื่อหัวใจขาดเลือดออกซิเจนจะเกิดเมตาบอลิซึมแบบไม่ใช้ออกซิเจนทำให้ Adenosinetriphosphate (ATP) ลดน้อยลงและมีกรดแลคติก เซลล์ทำงานน้อยลงและถูกเอนไซม์ไลโซโซมที่อยู่ภายในเซลล์ทำลาย เมื่อร่างกายมีภาวะกรด ทำให้การนำไฟฟ้าผิดปกติ หัวใจเต้นผิดปกติและหัวใจสับสนเลือดลดลงหากมีกล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้เอนไซม์ที่อยู่ภายในเซลล์ถูกขับออกมาในกระแสเลือด ซึ่งตรวจพบได้ทางห้องปฏิบัติการ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายไปแล้ว 6 ชั่วโมง จึงจะพบว่าบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจจะมีลักษณะซีดอาจมีจำเขียวและบวมใน 24 ชั่วโมง ต่อมาเม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์ (Polymorphonuclear) จะเข้ามากลืนกินเซลล์ที่ตาย กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนอาจดีขึ้น บางส่วนจะเป็นพังผืดจากการสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจากไฟโบรบลาสต์และกลายเป็นแผลเป็นโดยใช้เวลา 2-3 เดือน กล้ามเนื้อหัวใจจะตายมากหรือน้อยขึ้นกับขนาดของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบตัน และระยะเวลาที่ตีบตัน รวมทั้งการไหลเวียนเสริมจากหลอดเลือดข้างเคียง (Collateral vessels) บริเวณของหัวใจที่พบว่ามีตายมากที่สุด คือ ผนังด้านหน้าของหัวใจห้องล่างซ้ายใกล้กับยอดหัวใจ (Anterior wall of left heart) เนื่องจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีซ้าย (Left coronary artery) อุดตัน บริเวณที่มีกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจะมี 3 ลักษณะ คือ มีเซลล์ตาย (Infarction) มีเซลล์ที่ได้รับบาดเจ็บ (Injury) และมีเซลล์ที่ขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemia) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์, 2563)

ความเครียดอาจทำให้รับประทานมากขึ้น สุกบูหรือมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น

อาการและการแสดง

อาการเจ็บหรือแน่นหน้าอกด้านซ้าย สังเกตผู้ป่วยได้จากอาการใช้มือกุมหน้าอก มีอาการเจ็บแน่นและหนักเหมือนมีของหนักทับบริเวณอก อาจมีอาการแน่นอึดอัด หายใจไม่ออก เจ็บร้าว (Refer Pain) ไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านใน กราม หรือลำคอ อาการเจ็บหน้าอกมักเป็นขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อยและเป็นอยู่นานมากกว่า 15 – 20 นาที ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน เหงื่อออกมาก อาการใจสั่นจากหัวใจเต้นผิดปกติ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีภาวะช็อกร่วมด้วยอาการเจ็บอกเป็นอาการนำที่สำคัญในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและอาการเจ็บหน้าอกจะเพิ่มมากขึ้นตามการตีบแคบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ถ้ามีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70 ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเมื่อออกแรง แต่ถ้าพัก อาการเจ็บแน่นหน้าอกจะดีขึ้น ซึ่งความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอกสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ตามสมาคมโรคหัวใจของแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society Classification: CCSC) โดยแยกระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก (จินตนา นาคพิน, 2564; แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, 2564) ดังนี้

Class I: การทำกิจวัตรประจำวันไม่ทำให้เจ็บหน้าอก เช่น การเดินหรือเดินขึ้นบันได แต่การออกแรงโดยใช้กำลังมาก หรือเร็วแรง จะทำให้เกิดเจ็บอาการเจ็บหน้าอก

Class II: มีการจำกัดของกิจวัตรประจำวันเล็กน้อย โดยจะมีอาการเจ็บหน้าอก เช่น เมื่อมีกิจวัตรประจำวันแบบเร่งรีบ เช่น เดินหรือขึ้นบันไดเร็ว ๆ การเดินขึ้นเขา หรือออกกำลังกายหลังรับประทานอาหาร อากาศหนาวหรือเย็น และเมื่อมีความเครียด

Class III: มีการจำกัดของกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก การเดินระยะทาง 50-100 เมตร หรือการเดินขึ้นบันไดระดับความสูงเพียงหนึ่งชั้นอาคารก็สามารถทำให้เกิดการเจ็บหน้าอกได้

Class IV: ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันใด ๆ ได้ เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอก หรืออาจเจ็บหน้าอกขณะพักการชกประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาจใช้แนวทางตามตัวอักษรย่อ PQRST ดังนี้

P: Precipitating Factor สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก

Q: Quality of Discomfort ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกเป็นอย่างไร เช่น เจ็บหน้าอกเหมือนมีของหนักทับ เจ็บตื้อ ๆ ทำอย่างไรให้อาการทุเลาลง เช่น นั่งพัก หรืออมยาแล้วอาการดีขึ้นหรือไม่ เป็นต้น

R: Region of Discomfort บริเวณหรือตำแหน่งที่ผู้ป่วยเจ็บตามที่ถูกผู้ป่วยบอก หรือชี้ตำแหน่ง

S: Severity ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอก ให้ผู้ป่วยระบุระดับความเจ็บด้วยคะแนนตั้งแต่ 0 – 10 โดย 0 คือ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก, 1 คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกน้อยที่สุดจนถึง 10 คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากที่สุด

T: Timing เวลาที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกตั้งแต่เวลาเท่าไร และนานถึงเวลาเท่าไร จึงทุเลาลงหรือหายเจ็บ เนื่องจากเวลาเริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมีความสำคัญมาก เพราะจะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการพิจารณาให้การรักษาผู้ป่วย เช่น หากมีอาการมากกว่า 12 ชั่วโมงจะเป็นข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI วินิจฉัยได้จาก (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์, 2563)

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การชกประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

2. สัญญาณชีพอาจพบความผิดปกติจากการตรวจสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตต่ำ จังหวะการเต้นของหัวใจ และการหายใจผิดปกติ

3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Leads มีความสำคัญมากที่แพทย์หรือพยาบาลต้องรีบทำเพราะจะช่วยให้การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบ ST Segment Elevation 0.2 mv ใน Lead V1 ถึง

V3 และพบ ST Segment Elevation 0.1 mv ใน Lead อื่น ๆ เนื่องจากการตรวจ EKG 12 Leads หากทำได้เร็วก็จะช่วยให้วินิจฉัยได้รวดเร็ว โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เช่น ST Segment Elevation, ST Segment Depression ที่เกิดขึ้นใหม่ มี Q Wave กว้างมากกว่า 1 ช่องเล็ก การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่ขาดเลือดมาเลี้ยง แบ่งความรุนแรงเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

3.1 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemia) เป็นภาวะที่มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจน้อยลง เป็นเหตุให้เซลล์ขาดออกซิเจนขนาดเล็ก ซึ่งเป็นภาวะเริ่มแรกของกล้ามเนื้อหัวใจตายคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีคลื่น T ลักษณะหัวกลับ และกว้างขึ้นจะพบใน Chest Leads ตั้งแต่ V1 ถึง V6

3.2 กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ (Injury) เป็นภาวะที่เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน แต่ยังพอทำงานได้แต่ไม่สมบูรณ์คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST ยกขึ้น (ST Segment Elevation) หรือต่ำลง (ST Segment Depression) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของประจุไฟฟ้าในส่วนที่มีการบาดเจ็บอาจเร็วกว่าปกติหรือเฉื่อยช้า ทำให้บริเวณนั้นยังคงมีประจุบวกอยู่ในขณะที่ส่วนอื่นเป็นประจุลบ เมื่อบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจในลีด (Lead) ที่หันเข้าสู่บริเวณที่มีการบาดเจ็บใกล้เคียงหัวใจหรือตลอดกล้ามเนื้อหัวใจ (Subepicardial Injury และ Transmural Injury) จะมีลักษณะเหมือนกัน คือ ทำให้มีช่วง ST ยกขึ้น และในลีดที่ตรงกันข้ามกับตำแหน่งจะมี ST กดต่ำลง (Reciprocal Change) และถ้าเป็นบริเวณที่มีการบาดเจ็บใกล้เคียงหัวใจ (Subendocardial Injury) จะทำให้มีช่วง ST กดต่ำลงและในลีด (Lead) ที่ตรงกันข้ามกับตำแหน่งจะมี ST ยกขึ้น (Reciprocal Change)

3.3 กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Infarction) เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนมาก จะปรากฏคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Q wave ที่กว้างมากกว่า 0.04 วินาที และลึกอย่างน้อย 1/4 ของ R wave ใน Lead เดียวกัน

4. การประเมินภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะหัวใจข้างซ้ายวาย โดยการฟังเสียงปอด อาจพบเสียง Crepitation ที่ปอดทั้งสอง

5. การส่งตรวจเลือด Cardiac Enzymes ที่บ่งชี้ถึงการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น Troponin T (TnT), Myoglobin, Total CPK, CK - MB ระดับ Cardiac Enzymes ที่สูงเกินค่าปกติเป็นตัวบ่งบอกว่ามีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST-Segment Elevation จะพบระดับเอนไซม์เพิ่มขึ้นโดยค่า Troponin จะใช้เวลา 3 - 6 ชั่วโมง และค่า CK - MB ใช้เวลา 4 - 6 ชั่วโมงภายหลังการอุดตันของหลอดเลือดจึงจะสามารถตรวจพบการเพิ่มขึ้นของ Cardiac Enzymes นอกจากนี้การส่งตรวจ SGOT, LDH ค่าจะอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ การตรวจนับเม็ดเลือด Complete Blood Count (CBC) จะพบเม็ดเลือดขาว (WBC) มีค่าสูงขึ้นระหว่าง 12,000-15,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งจะสูงในระยะแรกและคงอยู่ 3-7 วัน หลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก ตรวจ Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR) พบอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงมีค่าสูงขึ้นอย่างช้า ๆ และค่าสูงอยู่นานเกินกว่าสัปดาห์

6. การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise Stress Testing) เอกซเรย์หลอดเลือดหัวใจ (Coronary Arteriography) การ X-ray หรือการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) เพื่อประเมินการบีบตัวของหัวใจและดูภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น Mitral Regurgitation, Rupture Septal Ventricular Septal Defect การตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ การตรวจ MRI (Magnetic Resonance Imaging)

การรักษา (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์, 2563)

1. การรักษาด้วยยา (Pharmacologic Therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ๆ คือ

1.1 Anti-Ischemic Drugs ประกอบด้วย

- Nitrates ได้แก่ Isosorbide Dinitrate, ISDN, Nitroglycerin และ Isosorbide 5 - Mononitrate
- Beta - Blockers ได้แก่ Atenolol, Propranolol, Metoprolol, Bisoprolol และ Carvedilol

- Calcium –Blockers ได้แก่ Amlodipine, Felodipine, Nifedipine, Diltiazem และ Verapamil

1.2 Antiplatelets ได้แก่ Aspirin Ticlopidine และ Clopidogrel

1.3 Anticoagulants ได้แก่ Unfractionated Heparin, Low-Molecular Weight Heparin (LMWH) และ Glycoprotein (GP) IIb/IIIa Inhibitors

2. การรักษาโดยใช้บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention:PCI) การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สายสวนหัวใจชนิดพิเศษ เป็นหัตถการที่กระทำเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบลงโดยใช้บอลลูน เรียกว่า Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) และบางครั้งอาจต้องใส่ขดลวดเข้าไปในหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือด หรือเรียกวิธีนี้ว่า Percutaneous Coronary Intervention (PCI)

3. การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นกระบวนการผ่าตัดโดยใช้เส้นเลือดที่ขาและผนังหน้าอกเพื่อทำการต่อเชื่อมหลอดเลือดให้ใหม่โดยเลี้ยงจุดที่ตีบตัน ใช้ในกรณีที่มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ตีบเป็นทางยาว ใช้ในรายที่มีหลอดเลือดตีบ 3 เส้น โดยเฉพาะตีบบนกระจายทั่วไป ในรายที่หลอดเลือดตีบที่บริเวณโคนของหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้ายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ

การพยาบาล (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, 2564)

1. ประเมินและบันทึกลักษณะอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ ตำแหน่งที่เจ็บและเจ็บร้าว ระยะเวลาที่เจ็บ ให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกโดยใช้ Pain Score 0-10 คะแนน ให้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลทันทีที่มีอาการเจ็บหน้าอก เพื่อให้สามารถวิเคราะห์หาสาเหตุและความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นและเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

2. สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อเนื่องนานที่ลดลง ได้แก่ ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย อาการกระสับกระส่าย เพื่อป้องกันและสังเกตภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยวัดความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมงหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ทราบการทำงานของหัวใจและร่างกาย การเฝ้าระวังและตรวจพบอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพได้อย่างรวดเร็ว และช่วยป้องกันอาการหัวใจขาดเลือดได้ทันเวลา

4. เฝ้าระวังและติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

5. บันทึกและติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 Leads ทันที ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเพื่อประเมินระดับความรุนแรงและบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างถูกต้อง

6. ประเมินและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) โดยใช้เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (Pulse Oximeter) เพื่อประเมินความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

7. ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก (Cannula) 2 – 5 ลิตรต่อนาที หรือให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยให้ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณให้กล้ามเนื้อหัวใจเพียงพอ ลดการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจ

8. ดูแลผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (Absolute Bed Rest) โดยนอนพักบนเตียงและงดทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการทำงานของหัวใจและลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

9. ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก เพื่อลดการทำงานของหัวใจและลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

10. เจาะเลือดหาค่าระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจตามแผนการรักษา

11. เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
12. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการเกิดลิ่มเลือด ยาขยายหลอดเลือดยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ รวมทั้งมีการประเมินและบันทึกการตอบสนองของยา เฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
13. บันทึกปริมาณปัสสาวะ ปริมาณสารน้ำเข้า - ออก ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่มีผลต่อเลือดที่ไหลเวียนได้ การมีปริมาณ เลือดที่หัวใจส่งออกต่อ 1 นาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง การทำหน้าที่ของไตลดลง
14. จัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย จำกัดเกลือ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ไม่ควรรับประทานอาหารที่ร้อนและเย็นมาก สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดหรือท้องผูก เนื่องจากการทำหน้าที่ของระบบย่อยอาหารจะน้อยลง หากได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อย
15. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แนวทางการรักษา การพยาบาล และการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง
16. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรักษา และความคาดหวังต่อการรักษา เพื่อเป็นการหาข้อมูลเกี่ยวกับความสงสัยของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความวิตกกังวลเพื่อหาแนวทางการแก้ไข
17. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังทำการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และใส่ขดลวดค้ำยัน
18. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน ดังนี้
 - 18.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การมาตรวจตามนัด
 - 18.2 อธิบายเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการใช้ยาแต่ละชนิดและผลข้างเคียงของยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่องถูกต้องและทราบวิธีป้องกันการเกิดพิษของยา
 - 18.3 อธิบายถึงอาการสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น อาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อยมากขึ้น มีเลือดออกบริเวณแผลหลังสวนหัวใจ
 - 18.4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร งดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไขมันสัตว์ เครื่องในสัตว์ รับประทานอาหารที่มีรสจืด งดอาหารรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส เต้าเจี้ยว ปลาจืด ปลาเค็ม กะปิของหมักดอง มีการจำกัดปริมาณโซเดียมในมื้ออาหารใน 1 วัน (ปริมาณเกลือประมาณ 2-3 กรัม หรือ 1-1.5 ช้อนชา) งดอาหารเผ็ดจัด รับประทานอาหารย่อยง่าย
 - 18.5 แนะนำเรื่องการขับถ่าย รับประทานผัก ผลไม้ ระวังไม่ให้ท้องผูก หรือรับประทานยาระบายตามแผนการรักษา ห้ามเบ่งอุจจาระ
 - 18.6 ให้คำแนะนำปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เป็นปัจจัยส่งเสริมการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงปัจจัยหรือพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชายไทยอายุ 54 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลแหลมฉบัง วันที่ 16 กันยายน 2568 เวลา 13.14 น. ด้วยอาการขณะเดินอยู่มีอาการเจ็บแน่นตรงกลางหน้าอก ร้าวไปแขนซ้าย ข้างขวา หน้ามืด แรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ค่ะแน่นความปวด เท่ากับ 8 คะแนน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 Leads พบ Sinus rhythm rate 53 bpm ST Depression Lead V2, V3, V4, V5 และ V6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 59 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ เจาะเลือดตรวจ Troponin-T แพทย์ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินปรึกษาอายุรแพทย์ แพทย์วินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น เวลา 13.35 น.ให้ยา ASA gr. V (300 มิลลิกรัม) 1 เม็ด เคี้ยวกลืนทันที, Clopidogrel (75 มิลลิกรัม) 4 เม็ด รับประทานทันที, Isosorbide dinitrate (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด อมใต้ลิ้นทันที หลังได้รับยา เวลา 13.41 น. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 Leads พบ Sinus rhythm rate 53 bpm no STT change ผล Troponin-T เท่ากับ 0.072 ng/dL (ปกติ 0 - 0.014 ng/dL) มีค่าสูงกว่าปกติ เวลา 14.40 น.ตรวจ Troponin-T ซ้ำ เวลา 15.01 น. ผล Troponin-T เท่ากับ 0.170 ng/dL DTX 131 mg% ให้ยา Enoxaparin Sodium 0.6 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง แพทย์พิจารณารับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แรกเริ่มที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เวลา 15.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 58 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีใจสั่น ให้ยา Enoxaparin Sodium 0.6 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง

วันที่ 17 กันยายน 2568 ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีเหงื่อออกและตัวไม่เย็น ไม่มีใจสั่น นอนพักได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Enoxaparin Sodium 0.6 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติหลังได้รับยา

วันที่ 18 กันยายน ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีเหงื่อออกและตัวไม่เย็น อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ ค่ะแน่นความเจ็บปวดเท่ากับ 0 คะแนน ให้ยาละลายลิ่มเลือด Enoxaparin Sodium 0.6 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติหลังได้รับยา

วันที่ 19 กันยายน 2568 ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีเหงื่อออกและตัวไม่เย็น ไม่มีใจสั่น อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 105/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ ค่ะแน่นความปวด เท่ากับ 0 คะแนน ให้ยาละลายลิ่มเลือด Enoxaparin 0.6 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติหลังได้รับยา ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1. มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาโรคและการปฏิบัติตน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัดตรวจติดตามอาการที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลแหลมฉบัง ในวันที่ 17 ตุลาคม 2568 และนัดเป็นผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลชลบุรี ในวันที่ 23 ธันวาคม 2568 เพื่อพิจารณาฉีดสตีลลดหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiography: CAG) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

โรค ยา อาการกำเริบของโรคและการมาตรวจตามนัด รวมวันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 4 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย งานการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2568 รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 4 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะหัวใจล้มเหลว และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้โดยมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถดูแลต่อที่บ้านได้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ในหน่วยงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเกิดภาวะพร่องออกซิเจน มีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้น การประเมินและการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจะสามารถช่วยลดภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้และผู้ป่วยได้รับยา Enoxaparin เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่าย เช่น เลือดออกทางเดินอาหาร ก่อนเลือดออกได้ผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว ค่าเอนไซม์การทำงานของตับในเลือดสูงขึ้น คลื่นไส้ ท้องเสีย จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI รายนี้ มีประวัติสูบบุหรี่ ส่งผลให้หลอดเลือดหดเกร็ง เยื่อหลอดเลือดถูกทำลาย ลิ้มเลือดอุดตัน ลดยออกซิเจนในเลือด จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเจ็บหน้าอกซ้ำและผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ้มเลือดและได้ยาต้านเกล็ดเลือด คือ Aspirin ไปรับประทานต่อที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติจะต้องมีความรู้ในการเฝ้าระวังอาการและผลข้างเคียงยา ภาวะเลือดออกผิดปกติ สังเกตอาการ เช่น เลือดกำเดาไหลง่าย เลือดออกตามไรฟัน รอยฟกช้ำตามตัว หรืออุจจาระมีสีดำ และป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น หากมีอาการผิดปกติเลือดออกผิดปกติควรรีบมาโรงพยาบาล

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI แนวทางการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวัง Early warning sign ทักษะในการให้ข้อมูลและการสื่อสารกับผู้ป่วย ให้เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

9.2 พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากยาละลายลิ้มเลือด และสามารถสังเกตภาวะแทรกซ้อน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้น กระแทกหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีการเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวณัฐสรีย์ บุญยัง สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอประเมิน

(นางสาวณัฐสรีย์ บุญยัง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

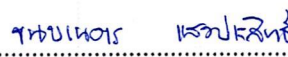
(ลงชื่อ) 

(นางสาวศุภักษร บุญรัตน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นางชนบเนตร แสงประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 31 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 3 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) 

(นายฤกษ์ สกสพทย)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ 10 ตุลาคม 2569 พ.ศ.

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง นวัตกรรม หมอนถั่วเขียวบริหารมือ

2. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยและมีอัตราความพิการสูง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 15 ล้านคนต่อปี หนึ่งในสามของผู้ป่วยดังกล่าวจะเสียชีวิต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของสาเหตุการตายทั้งหมด นอกจากนั้น ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1.88 รายต่อ 100 ราย ในประชากรอายุ 45-80 ปี การศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพการรักษาโดยรวมข้อมูลผู้ป่วยกว่า 1,000 รายจากสหสถาบันทั่วประเทศพบว่า ณ วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 และพิการร้อยละ 70 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาเรื่องการกลืนและสำลัก ปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวและข้อยึดติด แผลกดทับ ปัญหาเรื่องความจำและอารมณ์ โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวและข้อยึดติด อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

จากสถิติผู้ป่วยของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลแหลมบัว ตั้งแต่ปี 2566-2568 พบมีผู้ป่วยรับไว้ในหอผู้ป่วยจำนวน 177,186 และ 242 รายตามลำดับซึ่งเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคที่มีการ Admit และ Readmit มากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมอง (สถิติโรงพยาบาลแหลมบัว, 2566-2568) ซึ่งพบมีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Intermediate care จำนวน 60,46 และ 44 ราย ตามลำดับ ทำให้ความสามารถของการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง เกิดความพิการถาวร จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำนวัตกรรมหมอนถั่วเขียวบริหารมือ เพื่อช่วยป้องกันแผลกดทับบริเวณข้อมือ, ร่องมือ และสามารถใช้เป็นที่ยอดกำลังกายกล้ามเนื้อฝ่ามือ เป็นการช่วยฟื้นฟูการของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ลดความพิการได้

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะข้อติดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เป็นความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการที่พบได้ค่อนข้างบ่อย โดยส่วนมากจะพบได้บ่อยในแขนและมือโดยภาวะการหดเกร็งทำให้เกิดข้อยึดติดตามมา และเมื่อข้อติดแล้วจะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวและทำให้ระดับความสามารถของผู้ป่วยลดลง อาการเกร็งในโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ โดยร่างกายไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ทำให้เกิดรูปแบบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยออกแรงที่มากกว่าปกติ การออกแรงมากๆ หรือพยายามเคลื่อนไหวที่มากเกินไปอาจมีอาการเกร็งเกิดขึ้นได้โดยเกิดได้ทั้งแขนและขา อาการเกร็งดังกล่าวจะเป็นการหดตัวของกล้ามเนื้อเป็นอัตโนมัติ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้เพราะระบบประสาทที่ควบคุมการตั้งตัวของกล้ามเนื้อจะสูญเสียการทำงาน ส่วนมากมักเกิดขึ้นในแขน โดยจะอยู่ในลักษณะแขนงอเข้าหาตนเอง ไหล่อยู่ในท่าเคลื่อนไหวเข้าหาตัวและหมุนเข้าด้านใน ข้อศอกข้อมือและนิ้วมือจะเกร็งอยู่ในท่าอ ส่วนขาจะเกร็งหนีบสะโพก เกร็งเหยียดขา และเกร็งถีบปลายเท้า หากไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยไว้ในท่าเกร็งนานๆ กล้ามเนื้อจะเสียสภาพและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาคือกล้ามเนื้อหดสั้นและข้อยึดติด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวทำให้ระดับความสามารถของการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง และทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยข้อและเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มช่วงการเคลื่อนไหว (นิตติอลิน พันธุ์อภัย, 2564)

จากการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย พบว่าอุบัติการณ์ ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับบริเวณมือ ข้อมือจำนวน 1 ราย และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายมีจำนวนมาก พยาบาลต้องเร่งรีบในการให้การพยาบาล จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำ

นวัตกรรมหมอนแก้วเขียวบริหารมือขึ้น เพื่อช่วยป้องกันแผลกดทับบริเวณอ้อมมือ, ร่องมือ และสามารถใช้เป็นที่ยึด
กำลังกายกล้ามเนื้อที่ฝ่ามือ เป็นการช่วยฟื้นฟูการของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยใช้แนวคิด วงจรการบริหารงานคุณภาพ
PDCA มาช่วยปรับปรุงและพัฒนางานของหน่วยงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (P: Plan) หมายถึงการวางแผนในการดำเนินงานอย่างรอบคอบเพื่อแก้ปัญหาหรือเพื่อพัฒนา
นวัตกรรมหรือสิ่งใหม่ ๆ ที่ต้องการ ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การจัดอันดับความสำคัญ
ของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลา กำหนดผู้รับผิดชอบและกำหนดงบประมาณที่จะใช้ 2)
ขั้นปฏิบัติตามแผน (D: Do) หมายถึง การดำเนินการตามแผนประกอบด้วย การโครงสร้างรองรับการดำเนินการ มี
ขั้นตอนหรือวิธีการดำเนินการ และมีผลของการดำเนินการ 3) ขั้นตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน (C: Check)
หมายถึง การประเมินแผน ประกอบด้วย การประเมินขั้นตอนหรือวิธีการดำเนินงาน และการประเมินผลของการ
ดำเนินงานตามแผนที่ได้ตั้งไว้ด้วยตนเอง และ 4) ขั้นปรับปรุงแก้ไข (A: Act) หมายถึง การนำผลการประเมิน
นวัตกรรมใหม่มาปรับปรุงพัฒนาเพื่อวางแผนครั้งต่อไป หรือพัฒนาสิ่งที่ดียิ่งขึ้นไปอีก และสังเคราะห์
วิธีการดำเนินการใหม่ที่เหมาะสมเพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานสำหรับการดำเนินการในครั้งต่อไป (พลฤทธิ จินดา
หลวง, 2561) มาวางแผนในการออกแบบนวัตกรรม พัฒนานวัตกรรมหมอนแก้วเขียวบริหารมือให้มีประสิทธิภาพ
สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ ไม่เกิดข้อติดได้ ลดความพิการของ
ผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำนวัตกรรมหมอนแก้วเขียวบริหารมือ

ระยะเวลาดำเนินการ

กรกฎาคม-ธันวาคม 2569

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลแหลมฉบัง
2. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการชาหรืออ่อนแรง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการชาหรืออ่อนแรง
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการชาหรืออ่อนแรง
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล ให้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการชาหรืออ่อนแรง
4. จัดทำนวัตกรรมหมอนแก้วเขียวบริหารมือ
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนานวัตกรรมหมอนแก้วเขียวบริหารมือ อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้
นวัตกรรมหมอนแก้วเขียวบริหารมือกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอการใช้นวัตกรรมหมอนแก้วเขียวบริหารมือ ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่
เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารนวัตกรรมหมอนแก้วเขียวบริหารมือ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่
มีอาการชาหรืออ่อนแรง
8. จัดทำแบบประเมินการใช้นวัตกรรมหมอนแก้วเขียวบริหารมือ
9. นำนวัตกรรมหมอนแก้วเขียวบริหารมือที่จัดทำขึ้นมาที่มีอาการชาหรืออ่อนแรงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
ชาย และประเมินผล

10. สรุปผลการใช้นวัตกรรมหมอนถั่วเขียวบริหารมือ นำข้อเสนอแนะและข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 พยาบาลวิชาชีพมีนวัตกรรม หมอนถั่วเขียวบริหารมือ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการชาหรืออ่อนแรงบริเวณมือ

4.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการชาหรืออ่อนแรงบริเวณมือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ข้อติด แผลกดทับ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลวิชาชีพห่อผู้ป่วยอายุรกรรมชายนำนวัตกรรมหมอนถั่วเขียวบริหารมือไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการชาหรืออ่อนแรงบริเวณมือ ร้อยละ 100

5.2 อัตราการเกิดข้อติด แผลกดทับ บริเวณอุ้งมือและมือในผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรมหมอนถั่วเขียวบริหารมือ เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) อัสสรี บุญยัง ผู้ขอประเมิน
(นางสาวอัสสรี บุญยัง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 22 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563, มีนาคม). ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช.
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
<https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/sistroke/history.asp>
- จินตนา นาคพิน. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกที่มีโรคร่วม.
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 4(1), 28-39. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHH/article/view/268739>
- แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์. (2564).
การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก.
วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร, 14(1), 66-81. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/253326/172235>
- ธีรภัทร หล่มบุญเรือง, นิตต์อลิน พันธุ์ภัย, ภาณุภูมิ ศรีมรินทร์, วรพล อร่ามรัศมีกุล, และ ประมวล ชูรัตน์. (2563).
การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพช่วงแขนในผู้สูงอายุและผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง [รายงานวิจัย]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- พรทิพย์ สารีโส. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุระบบหัวใจและหลอดเลือด.
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พลฤทธิ์ จินดาหลวง. (2562). การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อน นวัตกรรม
สิ่งประดิษฐ์คนรุ่นใหม่ของวิทยาลัยอาชีวศึกษาลำปางสู่มาตรฐานการอาชีวศึกษาด้วย 6M และ PDCA [รายงานการวิจัย]. วิทยาลัยอาชีวศึกษาลำปาง.
<http://lampangvc.ac.th/managefiles/file/256210291432.pdf>
- พวงทอง ขำเจริญ. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคหัวใจ:
กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 29(1), 37-47. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/249641>
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2566). รายงานจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลแหลมฉบัง 2566. โรงพยาบาลแหลมฉบัง.
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2567). รายงานจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลแหลมฉบัง 2567. โรงพยาบาลแหลมฉบัง.
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2568). รายงานจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลแหลมฉบัง 2568. โรงพยาบาลแหลมฉบัง.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563).
แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563.
สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
<https://thaiheart.org/media/uploads/thai-acsguidelines-2020/Thai%20ACS%20Guidelines%202020.pdf>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ		
๔	นางสาววรรณ กุลเพชรประสิทธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๒๒๓๔๘๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๒๒๓๔๘๗	เลื่อนระดับ		
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม				๑๐๐%		
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	นวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ						
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” อุทัย หงษ์ทองศรี							

5.2.2 ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติด้านการรักษาพยาบาล การวางแผนจำหน่ายเพื่อลดความวิตกกังวล และสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

5.2.3 ให้การพยาบาลโดยมีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทุกชนิด และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ

5.2.4 ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการต่าง ๆ ในภาวะฉุกเฉิน เช่น ผ่าเส้นเลือด เจาะปอด ใส่ท่อช่วยหายใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพ

5.2.5 ร่วมส่งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานและภายนอกโรงพยาบาล พร้อมทั้งจัดเจ้าหน้าที่อุปกรณ์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย นำผู้ป่วยส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ต้องการ

5.2.6 บันทึกผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ

5.3 ด้านวิชาการ

5.3.1 ร่วมจัดทำแผนงาน/ โครงการวิชาการของหน่วยงาน

5.3.2 ร่วมปรับปรุงคู่มือปฐมนิเทศของหน่วยงาน

5.3.3 ร่วมจัดทำคู่มือและทบทวนคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงาน

5.3.4 ร่วมจัดทำคู่มือการบำรุงรักษาและการใช้เครื่องมือของหน่วยงาน

5.3.5 ร่วมประชุมปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยก่อนและหลังให้การพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

5.3.6 ศึกษาผู้ป่วยรายโรค (Case conference) ที่สนใจเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญในหน่วยงาน

5.3.7 ร่วมเข้าประชุมวิชาการตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างานในสาขาการพยาบาลและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.3.8 ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาล

5.3.9 ร่วมการทำวิจัย/สนับสนุนการทำวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการบริการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 รวมวันที่อยู่ในการดูแล 6 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวาน คือ โรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อนเพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ (ศลิรักษ์ ช้อนทอง, 2564)

โรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุของการเกิดโรค

1.โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM)เกิดจากเซลล์ตับอ่อนถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ขาดอินซูลิน มักพบในเด็ก

2.โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2DM)เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน มักพบในผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนร่วมด้วย

3.โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM)เป็นโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ มักเกิดเมื่อไตรมาส 2-3 ของการตั้งครรภ์

4.โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (specific types of diabetes due to other causes)มีได้หลายสาเหตุ เช่น โรคทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน โรคทางต่อมไร้ท่อ ยาบางชนิด เป็นต้น

พยาธิสภาพของโรค

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานแบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรคเป็น 4 ชนิด(ศลิภัสร์ ช้อนทอง,2564) ดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 ส่วนใหญ่จะเกิดในวัย ก่อนเรียนหรือเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นหรือในช่วงที่เริ่มเป็นผู้ใหญ่ กลไกการเกิดเบาหวานชนิดที่ 1 เชื่อว่าเป็น ผลจากความผิดปกติทางพันธุกรรมกับสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีการทำลายเบต้าเซลล์และขาดอินซูลิน ผู้ที่มีความเสี่ยงด้านพันธุกรรมจะมีเบต้าเซลล์ปกติขณะเกิด แต่เมื่อเกิดภาวะภูมิต้านทานต่อตนเองทำให้สูญเสียเบต้าเซลล์ไปเรื่อยๆเป็นเดือนหรือเป็นปี หรืออาจได้รับการกระตุ้นจากการติดเชื้อ หรือสิ่งแวดล้อมทำให้เบต้าเซลล์เสื่อม มีการอักเสบของ islet cell (insulinitis) อัตราการเสื่อมนี้ขึ้นกับแต่ละบุคคลและอาจเกิดไม่ต่อเนื่องก็ได้ จนกระทั่งเบต้าเซลล์เสื่อมไปถึงร้อยละ 80 ทำให้หลังอินซูลินออกมาน้อยลงเรื่อยๆจึงเริ่มตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวาน

ปัจจัยทางพันธุกรรม โรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม โดยในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันจะพบยีนที่อยู่ใน HLA โครโมโซมที่ 6 ถ้าพ่อแม่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จะพบความเสี่ยงร้อยละ 3-4 และเพิ่มเป็นร้อยละ 5-15 ถ้ามีพี่น้องเป็น อย่างไรก็ตามผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่1 ไม่จำเป็นต้องมีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรค

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสซึ่งมีผลทำให้เกิดภูมิต้านทานต่อตนเองไปทำลายเบต้าเซลล์ เช่น การติดเชื้อหัดเยอรมันตั้งแต่กำเนิด การติดเชื้อ cytomegaloviruses ติดเชื้อคางทูม (mumps) Epstein-Barr virus การแพ้โปรตีนนม (bovine serum albumin) เหล่านี้กระตุ้นให้มีภูมิต้านทานต่อเบต้าเซลล์ หรือมีลักษณะการทำลายเบต้าเซลล์แบบเรื้อรังโดยไม่แสดงอาการอักเสบ ซึ่งจะใช้เวลาเป็นเดือนเป็นปีก่อนปรากฏอาการของโรค

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบได้ในทุกอายุ ส่วนใหญ่พบมากในวัยเรียนและวัยรุ่น วัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงมีความเสี่ยงพอกัน พบน้อยในคนอายุมากกว่า 30 ปี สามารถพบร่วมกับภาวะที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (autoimmune disease) เช่น Graves' disease, Hashimoto's thyroiditis, Addison's disease, vitiligo, celiac sprue, autoimmune hepatitis, myasthenia gravis, and pernicious anemia เป็นต้น

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสาเหตุมาจากมี ความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินและจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน เบต้าเซลล์ที่ผลิตอินซูลินมีความผิดปกติในการหลั่งทั้งปริมาณและคุณภาพ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สัมพันธ์กับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมอย่างมาก เช่น ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันถ้าแฝดคนหนึ่งเกิดโรคแฝดอีกคนจะมีโอกาสเกิดโรคถึงร้อยละ 70-90 หรือถ้าพ่อและแม่เป็นเบาหวานโอกาสที่จะถ่ายทอดมาสู่ลูกมีถึงร้อยละ 40 ความผิดปกติในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้ ดังนี้

1) ความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน การหลั่งอินซูลินในคนปกติจะขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของระดับน้ำตาลในเลือด โดยปกติมีการหลั่งอินซูลินออกมาเป็นจังหวะๆ(peak) ทุก 5-10 นาที มีช่วงระยะเวลาการหลั่ง 60-120 นาที แต่เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (หลังรับประทานอาหาร) การหลั่งอินซูลินจะมี 2 ระยะ ระยะแรกจะมีการหลั่งอินซูลินทันทีหลังจากรับประทานอาหาร หลังจากนั้น 10 นาที แล้วตามด้วยการหลั่งแบบช้าๆแต่หลังนานเท่ากับช่วงที่เรามีระดับน้ำตาลอยู่ในร่างกาย การหลั่งอินซูลินในช่วงแรกเหมือนการกดไม้ให้ดับสร้างกลูโคสและสลายไขมัน(lipolysis) แต่ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การหลั่งในระยะแรกจะหายไป และระยะที่ 2 (late phase) จะลดลงและหลั่งออกมาช้า การหลั่งอินซูลินที่หายไปในช่วงแรกจะเห็นได้จากมีความผิดปกติในการทดสอบความทนต่อกลูโคส (impaired glucose tolerance test) ซึ่งเป็นระยะแรกของการเกิดโรคเบาหวาน ลักษณะของอินซูลินที่หลั่งออกมาจะเป็นแบบ pro-insulin คือ หลั่งออกมาเหมือนที่เกิดในภาวะอ้วนและโรคตับ ในระยะยาวจะมีการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอถึงแม้ว่าความไวต่ออินซูลินจะยังไม่เปลี่ยนแปลง พบว่าในครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน การหลั่งอินซูลินจะลดลงไปถึงร้อยละ 50 จึงสันนิษฐานว่าโรคเบาหวานเริ่มเกิดขึ้นก่อนมีอาการนานถึง 10 ปี

ในปัจจุบันยังไม่ทราบว่ายีนตัวใดที่เป็นตัวควบคุมการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ทราบว่ามียีน TCF7L2 เป็นตัวทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการหลั่งอินซูลิน และพบว่า การได้รับอาหารไม่เพียงพอ การขาดกรดอะมิโนในช่วงที่

ทารกเจริญอยู่ในครรภ์และในขวบปีแรกจะมีผลต่อการพัฒนาจำนวนเบต้าเซลล์และความสามารถในการปรับ
ลดเซย์เมื่อเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน

2) ภาวะดื้อต่ออินซูลิน คือการที่ร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลิน ทำให้ร่างกายปรับเซย์โดยการหลั่ง
อินซูลินออกมามากขึ้น (hyperinsulinemia) จนถึงระดับหนึ่งที่เบต้าเซลล์หลั่งอินซูลินลดลงไม่ตอบสนองให้หลั่ง
อินซูลินออกมาเพื่อลดระดับน้ำตาลในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (prediabetes) การหลั่งอินซูลินหลัง
อาหารลดลงระยะแรกจะสังเกตได้ว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในช่วงหลังอาหารสูงขึ้น (postprandial glucose) ต่อมา
เมื่อการหลั่งอินซูลินลดลงอย่างชัดเจน เซลล์ไม่สามารถใช้กลูโคสเป็นพลังงานจึงมีผลกระทบต่อการสร้างกลูโคสจาก
ตับมากขึ้น พบระดับน้ำตาลสูงขึ้นแม้ในภาวะอดอาหารโดยจะเห็นได้จากค่า fasting blood glucose สูง แสดง
อาการของโรคเบาหวานออกมา การมีภาวะดื้อต่ออินซูลินจะสังเกตได้จากการผลิตกลูโคสจากตับมากขึ้นและการ
ใช้กลูโคสโดยกล้ามเนื้อลายลดลง สาเหตุของเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกี่ยวข้องกับการการหลั่งอินซูลินน่าจะมีส่วน
จากความผิดปกติของพันธุกรรมร่วมกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การหลั่งกลูคาгон (glucagon)
ทั้งในระยะหลังการดูดซึมอาหารและระยะหลังอาหาร

3) กลไกของภาวะดื้อต่ออินซูลินในกล้ามเนื้อลายและตับ พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน
มักจะอ้วน และเมื่อเทียบคนอ้วนระดับเดียวกันพบว่าคนที่เป้นเบาหวานจะมีภาวะดื้อต่ออินซูลินสูงกว่าคนที่ไม่เป็น
เบาหวาน สามารถสังเกตภาวะดื้อต่ออินซูลินได้จากรอยดำที่รักแร้ คอ (acanthosis nigricans) และมีแอนโดรเจน
สูง (hyperandrogenism) ผู้หญิงจะมีหนวดเครา มีสิว มีประจำเดือนน้อย มี 2 กลุ่มที่พบว่ามีภาวะดื้อต่ออินซูลิน
อย่างรุนแรง คือ type A จะเกิดในผู้หญิงสาวที่มีการหลั่งอินซูลินมาก อ้วน และมีภาวะแอนโดรเจนสูง ส่วน type
B จะเกิดในหญิงกลางคนมีการหลั่งอินซูลินมาก อ้วน มีภาวะแอนโดรเจนสูงและมีโรคภูมิคุ้มกันตนเอง มีแอนติ
บอดีต่อตัวรับอินซูลิน เกิดการขัดขวางการทำงานของอินซูลิน หรือจับกับตัวรับอินซูลิน ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลใน
เลือดต่ำ

3. โรคเบาหวานชนิดอื่น ๆ (other specific type of diabetes) คือ โรคเบาหวานที่เกิดจากสาเหตุ
อื่น ๆ ที่มีสาเหตุเฉพาะเจาะจง เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรมของการทำงานของเบต้าเซลล์ของตับความผิดปกติทาง
พันธุกรรมการทำงานของอินซูลิน โรคของตับอ่อน โรคทางต่อมไร้ท่อ ยาหรือสารเคมีบางชนิด การติดเชื้อ โรคทาง
พันธุกรรมอื่น

4. โรคเบาหวานที่พบขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus [GDM]) ภาวะที่ระดับน้ำตาลสูง
ขณะตั้งครรภ์เนื่องจากกรสร้างฮอร์โมนที่ต้านฤทธิ์การท างานของอินซูลิน และกลับมาสู่ภาวะปกติเมื่อการตั้งครรภ์
สิ้นสุดลง ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกในครรภ์ได้ หญิงหลังคลอดที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน
ขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณร้อยละ 7 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด

สาเหตุของโรค

สาเหตุของโรคเบาหวานมีหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor) และปัจจัย
สิ่งแวดล้อม (environmental factor) (โรงพยาบาลกรุงเทพ พิชญโลก,2568)

1. กรรมพันธุ์
2. น้ำหนักเกิน ความอ้วน ขาดการเคลื่อนไหว ขาดการออกกำลังกาย
3. อายุที่มากขึ้น มีโอกาสเป็นเบาหวานได้มากขึ้น
4. โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ ได้รับการผ่าตัดตับอ่อน
5. การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ซึ่งมีผลต่อตับอ่อน
6. ความเครียดเรื้อรัง
7. การได้รับยาบางชนิด ทำให้มีการสร้างน้ำตาลมากขึ้นหรือการตอบสนองของอินซูลินได้ไม่ดี
8. การตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิด ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

อาการและการแสดง

อาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สำคัญและพบในระยะแรกได้บ่อยๆ (โรงพยาบาลพญาไท, 2564) มีดังนี้

1. ปัสสาวะบ่อย และมีปริมาณมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดจำกัดของไตจะรับได้ กระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากทำให้มีน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเท่าใดถึงปัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนหลายครั้ง

2. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมาก จึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรงจึงต้องชดเชยโดยการดื่มน้ำบ่อย ๆ

3. น้ำหนักลด ผอมลง (Weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้เป็นพลังงานแทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

4. หิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้ ทำให้มีการกระตุ้นการเกิดหิวเพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ผู้ป่วยจึงมีอาการหิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ

5. คันตามตัว ผิวน้ำ และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ สาเหตุของอาการคันเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น ผิวน้ำแห้งเกินไป หรือการอักเสบของผิวหนังซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน

6. ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย การที่ตาพร่ามัว สาเหตุอาจเกิดได้หลายประการ คือ อาจเป็นเพราะสายตาสั้นลง หรือระดับน้ำตาลสูงจึงไปคั่งอยู่ในตา เกิดต่อกระจก เล้นเลือดในตาอุดตันได้

7. มือชา เท้าชา หมดความรู้สึทางเพศ เนื่องจากระดับน้ำตาลที่สูงนานๆ ทำให้เส้นประสาทเสื่อม พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ละเลยไม่รับการวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่ต้น

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเบาหวาน

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่อมีอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรตรวจดูค่าน้ำตาลปลายนิ้วเพื่อยืนยันถ้าค่าน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เข้าเกณฑ์วินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 ภาวะ ได้แก่

2.1 ภาวะคีโตเอซิโดซิส (Diabetic Ketoacidosis หรือ DKA) คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับภาวะกรดเมตาบอลิกจากกรดคีโตนคั่งในร่างกาย

2.2 ภาวะไฮเปอร์โอสโมลาร์ไฮเพอร์ออสโมลาร์ (Hyperosmolar Hyperglycemic State หรือ HHS) คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 600 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับมีภาวะออสโมลาร์ในร่างกายสูงกว่าหรือเท่ากับ 320 มิลลิออสโมล/กิโลกรัม แต่ไม่มีภาวะกรดเมตาบอลิกจากกรดคีโตนคั่งในร่างกาย

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน ได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดเล็ก

1.1 เบาหวานขึ้นตา

1.2 ไตวาย

1.3 ปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน มักมีอาการ ชาปลายเท้า เจ็บเหมือนถูกเข็มทิ่มแทง

2. ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่

2.1 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2.2 อัมพฤกษ์ อัมพาต

2.3 หลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ทำให้เกิดแผลที่เท้าง่าย และมีโอกาสถูกตัดนิ้ว/ขา

การวินิจฉัยโรค (ผศ.พญ. พิมพ์ใจ อันทานนท์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,2561)

1. มีอาการโรคเบาหวานชัดเจน ได้แก่ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและปริมาณมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่
มีสาเหตุ ร่วมกับตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่า ≥ 200 มก./ดล.

2. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (อย่างน้อย 8 ชั่วโมง) ≥ 126 มก./ดล.

3. การตรวจความทนต่อกลูโคส โดยให้รับประทานกลูโคส 75 กรัม แล้วตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ 2
ชั่วโมง ถ้ามีค่า ≥ 200 มก./ดล.

4. การตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) $\geq 6.5\%$ โดยวิธีการตรวจและห้องปฏิบัติการต้องได้รับการ
รับรองตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งยังมีน้อยในประเทศไทย ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้วิธีนี้

ตามแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560 กล่าวว่า การวินิจฉัยโรค
เบาหวานตามข้อที่ 2-4 ต้องมีการตรวจยืนยันอีกครั้งโดยใช้ตัวอย่างเลือดอันใหม่ ด้วยวิธีเดียวกันหรือต่างกัน
วันถัดไป อย่างไรก็ตามแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2562 ได้มีการ
เปลี่ยนแปลงว่า สามารถตรวจยืนยันอีกครั้งโดยใช้ตัวอย่างเลือดอันเดิมหรืออันใหม่ก็ได้ เพื่อให้การวินิจฉัยโรค
เบาหวาน

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน

หมายถึง ระดับน้ำตาล หรือกลูโคส ในเลือดต่ำกว่าปกติ (ระดับน้ำตาลใน เลือดต่ำกว่า 60 มิลลิกรัมต่อ
เดซิลิตร) เป็นภาวะที่ร้ายแรง หากรักษาไม่ทันอาจเป็นอันตรายได้

อาการแสดงและพยาธิสรีรวิทยา

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ นั้นสามารถจำแนกได้เป็นชนิดที่รุนแรง (Severe hypoglycemia) และ ไม่
รุนแรง (Mild hypoglycemia) โดย Severe hypoglycemia เป็นภาวะที่น้ำตาลในเลือดที่เกิดขึ้นแล้วผู้ป่วย ไม่
สามารถแก้ไขภาวะนี้ได้ด้วยตนเอง ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการชัก หหมดสติ มักเริ่มมี
อาการผิดปกติเมื่อระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเริ่มมีความผิดปกติทาง ระบบประสาท
เกิดขึ้น อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic symptom) ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก
หงุดหงิด กระวนกระวาย อ่อนเพลีย ตาลาย เป็นลม

2. อาการทางระบบประสาท (Neuroglycopenic symptom) ได้แก่ ปวดศีรษะ สับสน พุดผิดปกติ
พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวผิดปกติ ชัก หหมดสติและเสียชีวิตได้

โดยทั่วไปเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเร็วมักจะเกิดอาการเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติก่อน ในขณะที่ถ้า
ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างช้า ๆ มักเกิดอาการทางระบบประสาท นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลใน
เลือดต่ำไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทั้ง 2 แบบ บางรายอาจมีเพียงอาการทางระบบประสาทเพียง อย่างเดียวก็ได้
การวินิจฉัย อาศัยเกณฑ์ตาม Whipple's Triad ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 50 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร มี
อาการที่เข้าได้กับอาการของน้ำตาลในเลือด อาการดังกล่าวหายไปเมื่อได้รับน้ำตาลกลูโคส

การวินิจฉัยโรคภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ใหญ่ (ภคพร ไชยพันธุ์,2561)

1. การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานอาศัยเกณฑ์ 3 ประการ ร่วมกัน ได้แก่ ระดับ
น้ำตาล ในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และ
อาการหายไป เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

2. ในผู้ป่วยเบาหวานที่ตั้งครรภ์ เกณฑ์วินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในขณะตั้งครรภ์ยังไม่มี
กำหนดชัดเจน เนื่องจากระดับกลูโคสในเลือดในขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มต่ำกว่าขณะไม่ตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม
ผู้ชำนาญการได้เสนอระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำใน
เลือดในขณะตั้งครรภ์

การประเมินความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ตามอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น และความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่

1. ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับไม่รุนแรง (mild hypoglycemia) หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับพลาสมา กลูโคสต่ำ แต่ไม่มีอาการหรือมีอาการออโตโนมิคบ้าง ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหิว รู้สึกร้อน เหงื่อออก มือสั่น ซึ่งผู้ป่วย สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง

2. ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับปานกลาง (moderate hypoglycemia) หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับ พลาสมา กลูโคสต่ำ และมีอาการออโตโนมิคร่วมกับอาการสมองขาดกลูโคสเกิดขึ้น อาการออโตโนมิค ได้แก่ ใจสั่น รู้สึกหิว รู้สึกร้อน เหงื่อออก มือสั่น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกกังวล คลื่นไส้ และชา ซึ่งผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง

3. ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับรุนแรง (severe hypoglycemia) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการสมองขาด กลูโคส 15 ที่รุนแรงจนไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวเองและต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ หรืออาการรุนแรงมาก เช่น ชัก หหมดสติ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจได้รับหรือไม่ได้รับการตรวจระดับกลูโคสในเลือดในขณะที่เกิดอาการก็ได้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ การตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือด แต่มีอาการสมองขาดกลูโคสซึ่งหายไปหลังจากได้รับการแก้ไขให้ระดับ กลูโคสใน เลือดเพิ่มสูงขึ้นแล้ว ก็สามารถให้การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับรุนแรงได้

การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน (จิริทีปต์ ขวัญแก้ว, 2564)

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับไม่รุนแรงและปานกลาง การรักษาสามารถทำเป็นขั้นตอนได้ทั้งที่บ้านโดย ผู้ป่วยเอง หรือที่โรงพยาบาล โดยทีมผู้ดูแล ดังนี้

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับไม่รุนแรง ให้กินอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม สำหรับภาวะน้ำตาล ต่ำในเลือดระดับปานกลาง อาจให้กินอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 30 กรัม โดยปริมาณอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ได้แก่ กลูโคสเม็ด 3 เม็ด น้ำส้มคั้น 180 มล. น้ำอัดลม 140 มล. น้ำผึ้ง 3 ช้อนชา, ขนมปัง 1 แผ่นสไลด์, นม สด 240 มล. ไอศกรีม 2 สดูล, ข้าวต้มหรือ โจ๊ก 1/2 ถ้วย กล้วย 1 ผล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีอาการดีขึ้นภายใน 15-20 นาที หลังได้รับกลูโคสหรืออาหารในปริมาณดังกล่าว

2. ถ้าอาการดีขึ้นและผลการตรวจระดับกลูโคสในเลือดมากกว่า 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ผู้ป่วยกิน อาหาร ต่อเนื่องทันทีเมื่อใกล้หรือถึงเวลาอาหารมื้อหลัก เนื่องจากระดับกลูโคสในเลือดที่เพิ่มขึ้นหลังกินคาร์โบไฮ เดรตคง อยู่ได้ไม่นาน (ประมาณ 20 นาที) ถ้าต้องรอเวลาอาหารมื้อหลักนานเกินกว่า 1 ชั่วโมง ให้กินอาหารที่มี คาร์โบไฮเดรตอีก 15 กรัม และโปรตีนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาด้วยยาให้รับประทานอาหาร เช่น น้ำหวาน 3 ช้อนชา นม 1 แก้ว ข้าวต้ม หรือโจ๊ก 1/2 ถ้วย, ขนมปัง 1 แผ่น และรีบส่งโรงพยาบาลหากอาการไม่ดีขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่บ้าน (บุรุษกร ทวีบุรณ์, 2566)

1. ประเมินผู้ป่วยโดยให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และสังเกตอาการ เช่น ใจ สั่น เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย มึนงงศีรษะ

2. กรณีมีอาการไม่รุนแรง เจาะ DTX ในกรณีที่บ้านมีเครื่องตรวจระดับน้ำตาล ถ้า DTX น้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้รับประทานคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม เช่น น้ำหวาน 3 ช้อนชา นม 1 แก้ว ข้าวต้ม หรือโจ๊ก 1/2 ถ้วย, ขนมปัง 1 แผ่นและเจาะ DTX ซ้ำ 30 นาที ถ้า DTX น้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้รับประทาน คาร์โบไฮเดรตอีก 15 กรัมและรีบส่งโรงพยาบาล ถ้า DTX มากกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และอาการดีขึ้น ให้ รับประทานอาหารต่อเนื่องทันที กรณีไม่มีเครื่องเจาะน้ำตาล ให้รับประทานคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ประเมินอาการ ซ้ำ 15 นาที หากไม่ดีขึ้นให้นำส่งรพ.สต.หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน หากอาการดีขึ้นให้รับประทานอาหารต่อเนื่อง ทันที

3. กรณีมีอาการรุนแรงตัวเย็น เหงื่อออกมาก ซึม สับสน ชัก หหมดสติ หากผู้ป่วยรู้สึกตัวให้ดื่มน้ำหวาน 3 ช.ช. และรีบนำส่งรพ.สต.หรือโรงพยาบาลใกล้บ้านทันที หากไม่รู้สึกตัว ห้ามรับประทานอาหารและรีบนำส่ง โรงพยาบาลหรือ รพ.สต.ใกล้บ้านทันที

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในโรงพยาบาล (ณัฐพงศ์ เล่าห์ทวีรุ่งเรือง, 2566)

1. ประเมินอาการแรกเริ่ม ชักประวัติ หาสเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น รับประทานอาหารได้น้อย มีไข้ ถ่ายเหลว ใช้แรงหรือ ออกกำลังมากเกินไป ตื่นหล้าขณะท้องว่าง ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเกินขนาดและมีโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้ เช่น CKD, ตับแข็ง, สมอเสื่อม
2. เจาะ DTX ทุก 2 hr 2 ครั้ง และ DTX ทุก 4 hr หรือ premeal,hs. ตามแผนการรักษาของแพทย์
3. วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 hr.
4. ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีให้รับประทานอาหารได้ตามปกติ ถ้าไม่รู้สีกตัว ให้ NPO และดูแลให้ได้รับสารน้ำตาม แผนการรักษา ถ้ารับประทานอาหารได้น้อย รายงานแพทย์พิจารณา on NG feed
5. แพทย์ปรับขนาดยาเบาหวานที่เหมาะสม
6. ส่งปรึกษานักโภชนาการ เรื่องอาหารเบาหวาน
7. ส่งปรึกษาเภสัชกร แนะนำการรับประทานยา / ฉีดยาที่ถูกต้อง
8. แนะนำเรื่องโรคเบาหวาน ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด สาเหตุที่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด การแก้ไขอาการ เบื้องต้น และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 77 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 12.00 น. โดย EMS ออกรับ ด้วยอาการซึม เกร็งตัว นาน 5 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติ 1 สัปดาห์ก่อนมา โรงพยาบาล รับประทานอาหารได้น้อย มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รับประทานยาตามคำสั่งได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/82 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 92% ให้ออกซิเจนทางจมูกอัตราการไหล 4 ลิตรต่อนาที ประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดซ้ำ 98% เจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วได้ 41 mg/dl ให้สารละลายกลูโคส ไฮเปอร์โทนิก 50% 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดซ้ำๆ และ ให้สารน้ำ 10% DN/2 1000 มิลลิลิตร หยดเข้าเส้นเลือด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี ถามตอบซ้ำๆ ทำตามคำสั่งได้ เจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วได้ เวลา 10.35 น. ได้ 172 mg/dl แรกแรกที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 35.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/75 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Na 113.5 mmol/dl แพทย์ให้ 3% NaCl 500 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้หมดใน 3 ชั่วโมง, Magnesium 1.05 mg/dl ให้ 50% MgSO₄ 8 มิลลิลิตร ผสม 5% D/W 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำใน 4 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เวลา 13.35 น. แรกแรกที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง อ่อนเพลีย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/83 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 % ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 114 - 168 mg/dl ให้ 3% NaCl 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ 3 ชั่วโมงและให้ 50% MgSO₄ 8 มิลลิลิตร ผสม 5% D/W 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำใน 4 ชั่วโมง ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2) ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อย 3) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ติดตามผล Na ซ้ำ 116 mmol/dl แพทย์ให้ปรับสารน้ำ 10% D/NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2 วันหลังรับไว้ในโรงพยาบาล (4 กุมภาพันธ์ 2567) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ติดตามผล Na 116.5 mmol/dl ให้ 3% NaCl 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงให้ 4 ชั่วโมง ติดตามผล Na ซ้ำ 121.3 mmol/dl ระดับน้ำตาลในเลือด 259 mg/dl ปรับสารน้ำเป็น 5% DNSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ให้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 178 - 194 mg/dl

3-4 วันหลังรับไว้ในโรงพยาบาล (วันที่ 5-6 กุมภาพันธ์ 2567) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง รับประทานอาหารได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 127 - 184 mg/dl แพทย์ปรับให้สารน้ำเป็น 5% DNSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและให้ 50% MgSO₄ 8 มิลลิลิตร ผสม 5% D/W 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำใน 4 ชั่วโมง ผล Na 119.9 mmol/dl ให้ 3% NaCl 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงให้ 4 ชั่วโมงและให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ,ให้ NaCl 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทาน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

6 วันหลังรับไว้ในโรงพยาบาล (วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง รับประทานอาหารได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือด 77 mg/dl, Na 120 mmol/dl แพทย์ให้รับประทานยาเดิมตามโรคประจำตัว ได้แก่Doxazosin, Ena-LAPRIL, Aspirin Simvastatin, Manidipine และหยุดยารักษาเบาหวาน ให้สารน้ำ 0.9% 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

7 วันหลังรับไว้ในโรงพยาบาล (วันที่9 กุมภาพันธ์ 2567) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง รับประทานอาหารได้ สัญญาณชีพปกติ ระดับน้ำตาลและโซเดียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด แนะนำวิธีปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยที่ทำให้กลับมาเป็นซ้ำแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจถึงการปฏิบัติตน นัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกวันที่ 14 มีนาคม 2567 รวมวันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 7 วัน และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 7 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

4.3.2 เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 รวมวันที่รับไว้ดูแล 6 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย และญาติมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อย เสี่ยงต่อภาวะช็อก หมดสติ ถือเป็นภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตได้ รวมถึงต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ อีกทั้งพยาบาลควรแนะนำอาการฉุกเฉินที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที เช่น สับสน เหงื่อออก ตัวเย็น ใจหวิว ใจสั่น ชัก หมดสติ เป็นต้น และเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669 นอกจากนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) พยาบาลต้องเฝ้าระวังอาการและติดตามผลข้างเคียงจากการได้รับยา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการดูแลผู้ป่วยที่สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และมีปัญหาการสื่อสารจึงเป็นปัจจัยหนึ่ง ในการส่งต่อ ข้อมูลต่างๆ สู่ผู้ป่วยให้เข้าใจได้ครบถ้วน รวมถึงการรับประทานยาและอาหารเมื่อกลับบ้านและการดูแลตัวเองที่บ้าน โดยไม่มีคนดูแลอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการรับประทาน ยาเกินขนาดหรือรับประทานอาหารได้น้อย ,ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากการรับประทานยาผิดหรือขาดยาได้

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเพื่อสามารถให้การพยาบาลในภาวะวิกฤตได้ รวมถึงการบริหารยาที่มีความเสี่ยง สูงและต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ

2. พยาบาลควรมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายและสามารถ ปฏิบัติได้ตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาววรารัตน์ กุลเพชรประสิทธิ์ สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วรารัตน์ ผู้ขอประเมิน

(นางสาววรารัตน์ กุลเพชรประสิทธิ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 22 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ฟัตมา
(นางสาวศุภักษร บุญรัตน์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าหอผู้ป่วยในอายุรกรรมชาย
วันที่ 24 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) ทบทพร เสงประสิทธิ์
(นางชนบเนตร แสงประสิทธิ์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง
วันที่ 31 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) ส.พ
(นายสุพจน์ พวงลำไย)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง
วันที่ 3 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) ส.ส
(นายกฤษณ์ สกลแพทย์)
(ตำแหน่ง) แพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

1. เรื่อง นวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ
2. หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) คือ การตอบสนองของการอักเสบของเยื่อเมือระบบทางเดินปัสสาวะต่อการบุกรุกเข้าของแบคทีเรีย เนื่องจากเยื่อเมือระบบปัสสาวะทั้งหมดเชื่อมต่อกันทั้งหมด ทำให้ทั้งระบบของทางเดินปัสสาวะมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อทั้งหมดและมีอาการของการติดเชื้อระบบปัสสาวะได้หลายแบบ ซึ่งมักสัมพันธ์กับการมีแบคทีเรียในปัสสาวะ (bacteriuria) และปัสสาวะเป็นหนอง (pyuria) ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการต่างๆ มากมายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แต่ยังพบอุบัติการณ์การเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากการพร่องความรู้เรื่องโรค การรักษา การดูแลตนเองอย่างถูกต้อง รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมที่จะทำให้สามารถมีชีวิตรอยู่อย่างคุณภาพ (นพ.มนูเวทย์ ธีรวิโรจน์, 2568)

จากสถิติโรงพยาบาลแหลมฉบัง ในปีงบประมาณ 2566-2568 มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 206, 262 และ 246 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลแหลมฉบัง, 2566-2568) ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองรวมทั้งขาดความตระหนักใน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และในจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (catheter-associated urinary tract infection) เกิดจากสายสวนปัสสาวะเลื่อนเข้า เลื่อนออก ส่งผลให้มีการสัมผัสเชื้อโรคที่อยู่ปลายสายสวนปัสสาวะ จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำนวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ โดยออกแบบให้ติดกับต้นขาแล้วมัดด้วยยางเพื่อให้สายอยู่นิ่งและไม่เกิดบาดแผลจากการติดพลาสติกหรือนาน ลดโอกาสในการสัมผัสเชื้อโรคที่อยู่ปลายสายสวนปัสสาวะได้

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ CAUTI (Cather associated urinary tract infection) เป็นการติดเชื้อที่เกิดจากการคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานานมากกว่า 48 ชั่วโมง และเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สูงเป็นอันดับ 2 เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอยู่ในภาวะวิกฤต มีโอกาสคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน ซึ่งมีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มและอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่ความรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ (นพ.มนูเวทย์ ธีรวิโรจน์, 2568)

จากการสังเกตปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย การใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ในผู้ป่วยจะมีการติดสายสวนปัสสาวะด้วยพาสเตอร์ทำให้เกิดบาดแผลบริเวณผิวหนัง และมีการเลื่อนหลุดของพาสเตอร์ที่ใช้ติดสายสวนปัสสาวะบริเวณต้นขาของผู้ป่วย ส่งผลให้มีการสัมผัสเชื้อโรคที่ปลายสายสวนปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำนวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ โดยใช้แนวคิดกระบวนการคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) (Deming E, 2022) ซึ่งเป็นกระบวนการคุณภาพที่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ และเกิดการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง (สุขสันต์ สุขสงคราม, 2564) ร่วมกับ มาตรฐานความปลอดภัย 2 P Safety มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการ (Patient Safety) ในเรื่องของ Line and Tube การจัดการสายสวนอย่างปลอดภัย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) มาวางแผนในการออกแบบนวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ ให้มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและมีความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์
เพื่อจัดทำนวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ

ระยะเวลาดำเนินการ

1 ตุลาคม 2569 - 31 มีนาคม 2570

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลแหลมฉบัง
2. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายที่ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษาและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลภาวะติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลและแนวทางการพยาบาลภาวะติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ
4. จัดทำนวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนานวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะอธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้นวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการใช้นวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมนวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ
8. จัดทำแบบประเมินการใช้นวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ
9. นำนวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงาน และประเมินผล
10. สรุปผลการใช้นวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะ นำข้อเสนอแนะและข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย มีแนวทางในการใช้นวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะสำหรับใช้ในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้
- 4.2 ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดบาดแผลจากการติดพลาสติกสายสวนปัสสาวะเลื่อนหลุดเกิดภาวะติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายนำนวัตกรรมตัวแปะสายสวนปัสสาวะไปใช้กับผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) วราภรณ์ ผู้ขอประเมิน
(นางสาววราภรณ์ กุลเพชรประสิทธิ์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569

เอกสารอ้างอิง

นพ.มนูเวทย์ อีริโรจน์.(2568). การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection: UTI).

<https://www.bangkokhospital.com/th/phuket/content/urinary-tract-infection-bpk>

บำเหน็จ แสงรัตน์.(2559).การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน.

https://w2.med.cmu.ac.th/nd/files/2024/08/1.Topic1_59.pdf

โรงพยาบาลกรุงเทพ พิษณุโลก.(2568). โรคเบาหวาน สัญเกตอาการ สาเหตุที่เกิดโรคเบาหวาน.

<https://www.bangkokhospital.com/th/phitsanulok/content/diabetes-bpl>

โรงพยาบาลพญาไท.(2564).รู้ทัน...สัญญาณเตือนโรคเบาหวาน

[https://www.phyathai.com/th/pytn/article/diabetes-warning-signs-](https://www.phyathai.com/th/pytn/article/diabetes-warning-signs-ptn?srsltid=AfmBOoqh2lk9dRC2okPg7N2x2k_BALH_s1ta9axWb09817lasFYly7Cs)

[ptn?srsltid=AfmBOoqh2lk9dRC2okPg7N2x2k_BALH_s1ta9axWb09817lasFYly7Cs](https://www.phyathai.com/th/pytn/article/diabetes-warning-signs-ptn?srsltid=AfmBOoqh2lk9dRC2okPg7N2x2k_BALH_s1ta9axWb09817lasFYly7Cs)

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.(2565).คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1.

<https://pranangklaohospital.moph.go.th/webpnk60/images/Appmanual/am-117.pdf>

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี,สมาคม

ต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย.(2567).แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน2566(พิมพ์ครั้งที่ 2).บริษัท ศรี

เมืองการพิมพ์ จำกัด