

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดกำเดาไหลร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและความดันโลหิตสูง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 23 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 26 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะเลือดกำเดาไหล (Epistaxis)

ความหมายของโรค

เลือดกำเดาไหล (epistaxis) หมายถึง การที่มีเลือดออกจากโพรงจมูก ทางด้านหน้า หรือด้านหลังโพรงจมูก อาจออกข้างเดียว หรือสองข้างก็ได้ สามารถพบได้ทุกเพศ และทุกวัย มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ภาวะนี้มักพบในช่วงฤดูที่มีอากาศหนาวมากกว่าฤดูอื่นๆ เนื่องจากในฤดูหนาว มีความชื้นในอากาศที่ลดลง และมีอุบัติการณ์ของหวัดหรือการอักเสบติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนต้นเพิ่มขึ้น เป็นการยากที่จะประมาณอุบัติการณ์ของเลือดกำเดาไหลในประชากรทั่วไป เนื่องจากภาวะนี้อาจหายได้เอง หรือดีขึ้นได้เองโดยการดูแลรักษาตามอาการโดยไม่ต้องมาพบแพทย์ (ปารยะ อาศนะเสน, 2557)

พยาธิสภาพ

ภาวะที่มีเลือดออกจากโพรงจมูกทางส่วนหน้าหรือส่วนหลังของโพรงจมูก โดยส่วนใหญ่ประมาณ 90% ของเลือดกำเดาไหลจะเกิดขึ้นที่บริเวณผนังกันจมูกด้านหน้าซึ่งเป็นบริเวณที่มีหลอดเลือดแดงหลายเส้นมาบรรจบกันเป็นร่างแหหรือเป็นตาข่าย ที่เรียกว่า Kiessel bach's plexus หรือ Little's area เมื่อหลอดเลือดเหล่านี้มีการแตกทำลายหรือเกิดการฉีกขาดก็จะทำให้มีเลือดสด ๆ ไหลออกจากทางรูจมูก (ปารยะ อาศนะเสน, 2557)

สาเหตุ

1. สาเหตุเฉพาะที่ ได้แก่
 - 1.1) การระคายเคือง หรือบาดเจ็บบริเวณจมูก
 - 1.2) การอักเสบในโพรงจมูก
 - 1.3) ความผิดปกติทางกายวิภาค เช่น ผนังกันช่องจมูกคด หรือมีกระดูกงอก หรือมีรูทะลุ เป็นต้น
 - 1.4) เนื้องอกในจมูก
 - 1.5) ความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงจมูก เช่น เส้นเลือดโป่งพองที่เกิดจากอุบัติเหตุ หรือความผิดปกติของเส้นเลือดแดงและดำที่มาเชื่อมต่อกันจากอุบัติเหตุ เป็นต้น
2. สาเหตุจากโรคระบบอื่นๆ
 - 2.1) โรคเลือดชนิดต่าง ๆ ได้แก่ ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด เช่น ฮีโมฟีเลีย โรคตับแข็ง การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด การขาดวิตามินเค ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ หรือได้รับยา aspirin หรือ NSAIDs เป็นต้น
 - 2.2) โรคของหลอดเลือด เช่น โรคทางพันธุกรรมบางชนิดที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดทั่วร่างกาย (hereditary hemorrhagic telangiectasia) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดแข็งตัว ซึ่งพบบ่อยในโรคความดันโลหิตสูง เพราะเป็นโรคที่มีผนังหลอดเลือดตีบแข็งและการยืดหยุ่นของหลอดเลือดไม่ดี จึงทำให้หลอดเลือดเปราะและแตกได้ง่าย เป็นต้น
 - 2.3) ชนิดที่ยังไม่ทราบสาเหตุ พบได้ราวร้อยละ 10 (อภิชาติ โพธิ์อะ และจรรุพรรณ บุญศิริ, 2563)

อาการและอาการแสดง

ปกติแล้วส่วนใหญ่ไม่ได้ร้ายแรง แต่ถ้าหากเกิดจากโพรงจมูกด้านหลังจะอันตรายกว่าทางด้านหน้า และมีอาการร่วมต่าง ๆ ดังนี้ เลือดกำเดาไหลไม่หยุด มากกว่า 20 นาที หรือไหลออกข้างเดียวซ้ำ ๆ รวมทั้งออกมามีลักษณะเป็นลิ่มเลือด วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หัวใจเต้นเร็ว การหายใจมีปัญหา หูอื้อ รู้สึกมีก้อนหรืออะไรติดที่คอหรือจมูก ใช้สูง 38.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป หากมีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์โดยทันที (อ้างอิงใน ประทัศน์พร กำจรเกียรติสกุล, 2562)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดกำเดาไหลร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและความดันโลหิตสูง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 23 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 26 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะเลือดกำเดาไหล (Epistaxis)

ความหมายของโรค

เลือดกำเดาไหล (epistaxis) หมายถึง การที่มีเลือดออกจากโพรงจมูก ทางด้านหน้า หรือด้านหลังโพรงจมูก อาจออกข้างเดียว หรือสองข้างก็ได้ สามารถพบได้ทุกเพศ และทุกวัย มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ภาวะนี้มักพบในช่วงฤดูที่มีอากาศหนาวมากกว่าฤดูอื่นๆ เนื่องจากในฤดูหนาว มีความชื้นในอากาศที่ลดลง และมีอุบัติการณ์ของหวัดหรือการอักเสบติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนต้นเพิ่มขึ้น เป็นการยากที่จะประมาณอุบัติการณ์ของเลือดกำเดาไหลในประชากรทั่วไป เนื่องจากภาวะนี้อาจหายได้เอง หรือดีขึ้นได้เองโดยการดูแลรักษาตามอาการโดยไม่ต้องมาพบแพทย์ (ปารยะ อาศนะเสน, 2557)

พยาธิสภาพ

ภาวะที่มีเลือดออกจากโพรงจมูกทางส่วนหน้าหรือส่วนหลังของโพรงจมูก โดยส่วนใหญ่ประมาณ 90% ของเลือดกำเดาไหลจะเกิดขึ้นที่บริเวณผนังกันจมูกด้านหน้าซึ่งเป็นบริเวณที่มีหลอดเลือดแดงหลายเส้นมาบรรจบกันเป็นร่างแหหรือเป็นตาข่าย ที่เรียกว่า Kiessel bach's plexus หรือ Little's area เมื่อหลอดเลือดเหล่านี้มีการแตกทำลายหรือเกิดการฉีกขาดก็จะทำให้มีเลือดสด ๆ ไหลออกจากทางรูจมูก (ปารยะ อาศนะเสน, 2557)

สาเหตุ

1. สาเหตุเฉพาะที่ ได้แก่
 - 1.1) การระคายเคือง หรือบาดเจ็บบริเวณจมูก
 - 1.2) การอักเสบในโพรงจมูก
 - 1.3) ความผิดปกติทางกายวิภาค เช่น ผนังกันช่องจมูกคด หรือมีกระดูกงอก หรือมีรูทะลุ เป็นต้น
 - 1.4) เนื้องอกในจมูก
 - 1.5) ความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงจมูก เช่น เส้นเลือดโป่งพองที่เกิดจากอุบัติเหตุ หรือความผิดปกติของเส้นเลือดแดงและดำที่มาเชื่อมต่อกันจากอุบัติเหตุ เป็นต้น
2. สาเหตุจากโรกระบบอื่นๆ
 - 2.1) โรคเลือดชนิดต่าง ๆ ได้แก่ ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด เช่น ฮีโมฟีเลีย โรคตับแข็ง การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด การขาดวิตามินเค ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ หรือได้รับยา aspirin หรือ NSAIDs เป็นต้น
 - 2.2) โรคของหลอดเลือด เช่น โรคทางพันธุกรรมบางชนิดที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดทั่วร่างกาย (hereditary hemorrhagic telangiectasia) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดแข็งตัว ซึ่งพบบ่อยในโรคความดันโลหิตสูง เพราะเป็นโรคที่มีผนังหลอดเลือดตีบแข็งและการยืดหยุ่นของหลอดเลือดไม่ดี จึงทำให้หลอดเลือดเปราะและแตกได้ง่าย เป็นต้น
 - 2.3) ชนิดที่ยังไม่ทราบสาเหตุ พบได้ราวร้อยละ 10 (อภิชาติ โพธิ์อะ และจารุพรรณ บุญศิริ, 2563)

อาการและอาการแสดง

ปกติแล้วส่วนใหญ่ไม่ได้ร้ายแรง แต่ถ้าหากเกิดจากโพรงจมูกด้านหลังจะอันตรายกว่าทางด้านหน้า และมีอาการร่วมต่าง ๆ ดังนี้ เลือดกำเดาไหลไม่หยุด มากกว่า 20 นาที หรือไหลออกข้างเดียวซ้ำ ๆ รวมทั้งออกมามีลักษณะเป็นลิ่มเลือด วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หัวใจเต้นเร็ว การหายใจมีปัญหา หูอื้อ รู้สึกมีก้อนหรืออะไรติดที่คอหรือจมูก ใช้สูง 38.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป หากมีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์โดยทันที (อ้างถึงใน ประทีปศรพร กำจรเกียรติสกุล, 2562)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัย

ขั้นแรกแพทย์จะซักประวัติ ทั้งอาการเจ็บปวด โรคประจำตัว และการประสพอุบัติเหตุในอดีต หลังจากนั้นจะทำการตรวจเบื้องต้นเพื่อหาสิ่งแปลกปลอม ความผิดปกติในโพรงจมูก โดยการใช้สาลีสูดเข้าไปในจมูกของผู้ป่วย และทำการตรวจอื่น ๆ เพิ่มเติม ได้แก่ ส่องกล้องตรวจภายในโพรงจมูก (Nasal Endoscopy), ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) เพื่อดูปริมาณเม็ดเลือดแดง ขาว และเกล็ดเลือด, ตรวจวัดระยะเวลาการแข็งตัวของโลหิต หากมีความผิดปกติเลือดจะแข็งตัวในเวลามากกว่า 25-35 วินาทีขึ้นไป รวมถึงวินิจฉัยภาพถ่ายภายในโพรงจมูก ได้แก่ เอกซเรย์ (X-ray) หรือเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ร่วมด้วย (ปารยะ อาศนะเสน, 2557)

การรักษา

1. ยาหดหลอดเลือดเฉพาะที่ (Topical decongestants) สอดเข้าไปในโพรงจมูกลดอาการบวมของเยื่อโพรง
2. การจี้จุดเลือดออก (Cauterization) เป็นการรักษาโดยวิธีการใช้สารเคมี (Chemical cauterization) เช่น ซิลเวอร์ไนเตรต (Silver nitrate) หรือพลังงานความร้อน (Electrocautery) เพื่อห้ามเลือด
3. การใช้วัสดุอุดห้ามเลือดในโพรงจมูกด้านหน้า (Anterior nasal packing) โดยแพทย์จะใช้วัสดุห้ามเลือดคล้ายฟองน้ำชนิดพิเศษ (Special nasal sponges) ใส่เข้าไปในจมูกเพื่อกดบริเวณที่มีเลือดออก
4. การผูกเส้นเลือดเพื่อห้ามเลือด (Internal artery ligation)
5. การปรับยา/และสั่งยาใหม่ (Medication adjustment/new prescriptions) ผู้ที่มีเลือดกำเดาไหลที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด หรือยาละลายลิ่มเลือด แพทย์อาจพิจารณาปรับยาหรือสั่งยาใหม่เพื่อช่วยควบคุมภาวะการแข็งตัวของเกล็ดเลือด รวมทั้งความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อช่วยให้เลือดแข็งตัว
6. การผ่าตัดเพื่อห้ามเลือดในกรณีจมูกหักหรือการผ่าตัดแก้ไขผนังกั้นช่องโพรงจมูก (Surgical repair of broken nose or correction of a deviated nasal septum) ในผู้ป่วยที่จมูกหักหรือผู้ที่มีผนังกั้นช่องโพรงจมูกคด
7. กำจัดสิ่งแปลกปลอมอันเป็นสาเหตุของเลือดกำเดาไหลออก (Foreign body removal)

(อภิชาติ โพธิ์ และจรรยาพรณ บุญศิริ, 2563)

การพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออก ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หัวใจเต้นเร็ว การหายใจมีปัญหา หูอื้อ เป็นต้น
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและสังเกตสัญญาณชีพ หากผิดปกติรายงานแพทย์
3. ดูแลจัดท่านอนให้ศีรษะสูงประมาณ 45-60 องศา นอนพักบนเตียง
4. ดูแลให้รับประทานยาโรคประจำตัวต่อเนื่อง งดยาละลายลิ่มเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ดูแลประคบเย็น เพื่อห้ามเลือด
6. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการแคะจมูก ขยี้จมูกแรง ๆ และการสู้ง้ำมูกแรง ๆ เพราะจะทำให้เลือดที่แข็งตัวแล้วซึ่งปิดหลอดเลือดที่เสียหายก่อนหน้านี้ ออก และทำให้เลือดกำเดาไหลอีกครั้ง ระวังการเบ่ง การไอ การจามแรงๆ
7. ติดตามความเข้มข้นเลือดเมื่อผู้ป่วยมีความเข้มข้นเลือดต่ำหรือเลือดไม่หยุดไหล เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือด
8. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ โดยลดแสงสว่าง ลดเสียง ลดกิจกรรมต่างๆ รบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
9. เตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ทำหัตถการเมื่อผู้ป่วยมีเลือดออกซ้ำ หรือค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำลง
10. ให้ความแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับบ้าน (อภิชาติ โพธิ์ และจรรยาพรณ บุญศิริ, 2563)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease; ESRD)

ความหมายของโรค

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease; ESRD) หมายถึงภาวะที่มี ภาวะบวมการทางพยาธิ สรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไตผิดปกติและมีอัตราการกรองที่ลดลงอย่างต่อเนื่องจนไตสูญเสียการทำงาน อย่างถาวร โดยผู้ป่วยจะมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² จัดอยู่ในระยะที่ 5 ของโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease; CKD) ทำให้เกิดการคั่งของของเสีย ได้แก่ ครีเอตินิน (creatinine) ยูเรีย (urea) และไม่สามารถรักษาสมดุลของน้ำอิเล็กโทรไลต์กรด-ด่างในร่างกายได้ มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของ ร่างกายจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทดแทนไต (อ้างอิงใน จินดาวรรณ เจริญศรี และ สุวรรณี สร้อยสงค์, 2564)

พยาธิสภาพ

เป็นผลจากการคั่งของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายจากไตสูญเสียการทำงาน รวมทั้งมีการกระตุ้นของระบบ รีนินแองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin) นอกจากนี้เป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวทำให้ความดันโลหิตสูงแล้ว สารนี้มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดแดงที่ออกจาก glomeruli (efferent arteriole) หดตัวทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในมีผล ทำให้เพิ่มการกรองของสารน้ำ (glomerular filtration) เกิดภาวะ single nephron hyperfiltration ซึ่งเป็นกลไกใน การปรับตัวเพื่อทดแทนและเพิ่มการทำงานของหน่วยไต (nephron) ที่ยังเหลืออยู่ทำให้ระดับครีเอตินิน เกลือแร่ ไกล่เคียงหรือปกติในระยะต้นของโรคไต อย่างไรก็ตามความดันสูงใน glomeruli ที่เป็นอยู่นานๆ จะมีผลทำให้หลอดเลือดฝอย (glomerular capillary) เกิดการเสื่อมทำให้โปรตีนรั่วในปัสสาวะและนำไปสู่ภาวะ glomerulosclerosis และไตวายมากขึ้นถึงแม้ต้นเหตุของโรคไตจะสงบแล้ว นอกจากนี้สารแองจิโอเทนซินยังมีฤทธิ์กระตุ้นการเกิด fibrosis ในบริเวณ interstitium และในหลอดเลือดนำไปสู่การเกิดไตวายในที่สุด (สุริยัน อยู่เพ็ญดี และวาทัญญู พาราพิบูลย์, 2566)

การรักษา

ซึ่งปัจจุบันการบำบัดมี 3 วิธี

1. การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) มี 2 ชนิด

1.1) การล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis: APD)

1.2) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD)

เป็นการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยแพทย์จะทำการผ่าตัดใส่สายล้างไตช่องท้อง (Peritoneal catheter) ตรงตำแหน่งของ Culdesac เพื่อใส่น้ำยาล้างไต ทำให้มีการขจัดของเสีย โดยกระบวนการ แพร่ (Diffusion) ในขณะที่ทำปฏิกิริยาอยู่ในช่องท้องจะมีการเคลื่อนที่ของของเสีย (Uremic toxin) และเกลือแร่ส่วน เกินในเลือดเข้าสู่ น้ำยาและน้ำที่คั่งในตัวผู้ป่วยจะเคลื่อนเข้าสู่ น้ำยาล้างไตในช่องท้องด้วยกระบวนการออสโมซิส (Osmosis) โดยอาศัยเยื่อช่องท้อง (Peritoneal membrane) เป็นตัวกรองปริมาตรของน้ำยาล้างไตใส่เข้าไปในช่อง ท้องแต่ละรอบประมาณ 1-2 ลิตร/ครั้ง โดยความถี่ของการเปลี่ยนน้ำยาโดยทั่วไป ทุก 4-6 ชั่วโมง

2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD)

3. การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) (อ้างอิงใน จินดาวรรณ เจริญศรี และ สุวรรณี สร้อยสงค์, 2564)

โดยผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

การพยาบาล

1. สังเกตอาการของเสียคั่งในร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย มีนงง เบื่ออาหาร อาเจียน นอนไม่หลับ ชักหมดสติ เพื่อประเมินความรุนแรงของเสียคั่งในร่างกายและให้การรักษาที่เหมาะสม

2. จำกัดน้ำผู้ป่วยไม่เกิน 1,000 cc/day เพื่อป้องกันภาวะบวมจากการที่ไตกรองได้ลดลง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา
4. บันทึกน้ำเข้า-ออก จากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินสมดุลน้ำเข้าและน้ำออก
5. ดูแลให้ล้างไตผ่านทางหน้าท้อง CAPD วันละ 4 cycle ด้วยน้ำยาล้างไต 2.5% เพื่อขับของเสียออกจากร่างกาย และสังเกตสี ลักษณะของน้ำล้างไตด้วย
6. ดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ
7. ชั่งน้ำหนักทุกวัน วันละครั้ง เพื่อประเมินอาการบวมเนื่องจากของเสียดัง
8. ดูแลให้ได้รับอาหารจัด และเพิ่มโปรตีนจากไข่ขาวเพื่อลดอาการบวมและของเสียดังตามแผนการรักษาของแพทย์ (อ้างถึงใน จินดาวรรณ เงารค์มี และสุวรรณี สร้อยสงค์, 2564)

โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรค

โรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่ความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติตลอดเวลา ความดันเลือดประกอบด้วย 2 ค่า ได้แก่ ความดันช่วงหัวใจบีบและความดันช่วงหัวใจคลาย ซึ่งเป็นความดันสูงสุดและต่ำสุดในระบบหลอดเลือดแดงตามลำดับ ความดันช่วงหัวใจบีบเกิดเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวมากที่สุด ความดันช่วงหัวใจคลายเกิดเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวมากที่สุดก่อนการบีบตัวครั้งถัดไป ความดันเลือดปกติขณะพัก อยู่ในช่วง 100–140 มิลลิเมตรปรอทในช่วงหัวใจบีบ และ 60–90 มิลลิเมตรปรอทในช่วงหัวใจคลาย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

พยาธิสภาพ

โดยปกติร่างกายมีระบบควบคุมปริมาณเลือดที่เปลี่ยนแปลงตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้คงที่ ด้วยกลไกที่เรียกว่า Autoregulation เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดแดงจะหดตัวเพื่อรักษาความดันในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กหรือหลอดเลือดแดงส่วนปลายไม่ให้มากเกินไป เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจนเกิดความสามารถของกลไกดังกล่าวจะเกิดการเพิ่มขึ้นของ Systemic vascular resistance ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กอย่างรวดเร็วเกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด Plasma จะแทรกซึมเข้าสู่ผนังหลอดเลือด หลอดเลือดแดงจะตีบแคบลงจากภาวะ Fibrinoid necrosis ทำให้อวัยวะส่วนปลายขาดเลือดความดันโลหิตจะสูงขึ้น รวมถึงภาวะของโรคที่มีผลกระทบ ทำให้เกิดการทำหน้าที่ของระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ เช่น ความผิดปกติที่ไต พยาธิสภาพของโรคจะไปกระตุ้นการทำงานของ Renin Angiotension Aldosterone System (RAA) มีผลทำให้มีการคั่งของโซเดียมและน้ำเพิ่มขึ้น เป็นผลให้เพิ่มปริมาตรน้ำในร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ไตวายเป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ, 2564)

สาเหตุ

ความดันโลหิตสูง สามารถจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary or essential hypertension) พบได้ประมาณ 95% ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด อายุที่มากขึ้นและมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้น้อย คือประมาณ 5-10% ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยจะส่งผลให้เกิดแรงดันเลือดสูง ส่วนใหญ่อาจเกิดจาก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพที่ไต ต่อมหมวกไต โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ โรคกรรมพันธุ์เป็นพิษ การบาดเจ็บของศีรษะ การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ และการถูกสารเคมี เป็นต้น (บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ, 2564)

อาการ

อาการเริ่มแรกที่พบ คือ ปวดศีรษะเนื่องจากการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยมักรู้สึกหลังตื่นนอน และเป็นบริเวณท้ายทอย มีเลือดกำเดาไหล อาจมีอาการสับสน มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้เป็นอาการเตือน ซึ่งควรได้รับการรักษา ถ้าความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกกลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีก หัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนถึงขั้นตาบอดได้ ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดแดงใหญ่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง และภาวะเลือดเซาะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้ (บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ, 2564)

การรักษา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นการรักษาร่วมกันระหว่างการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งเป้าหมายของการรักษา คือ เพื่อลดการทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ สมอง ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (life style modification) ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
2. การให้ยาลดความดันโลหิต แนวทางการรักษาโดยทั่วไปแพทย์จะเลือกใช้ยาในกลุ่ม diuretics หรือ beta-blockers ก่อน เนื่องจากสามารถลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิต (morbidity and mortality) จากการใช้ยาในระยะยาวได้ ในการใช้ยาควรเริ่มจากขนาดต่ำๆ ก่อน แล้วค่อยๆ ปรับเพิ่มขนาดจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (สุทธิพงษ์ ทศนีย์พันธุ์, 2561)

การพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามร่างกาย เป็นต้น
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วย น้อยกว่า 160/90 ตามแผนการรักษา รวมถึงเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น ปากเปื่อย ฟูดไม่ซัด แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น หากผิดปกติรายงานแพทย์
3. ดูแลให้รับประทานยาลดความดันโลหิต ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารจัด หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ลดอาหารเค็ม และอาหารที่มีไขมันสูง
5. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ควรทำจิตใจให้แจ่มใส หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกาย เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ นั่งสมาธิ การพักผ่อนให้เพียงพอ โดยเฉพาะการนอนหลับให้สนิท
6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโรคและการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมเพื่อให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย (บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ, 2564)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางจิราภรณ์ อ่อนน้อม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ

(วันที่).....29 / ก.ย. / 66.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสมพร ปิ่นทอง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่).....29 / พ.ย. / 66.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายราเชษฎ์ เจริญนาม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

(วันที่).....20 / ก.ค. / 66.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(นายธราพงษ์ กีบโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่).....4 / ก.ค. / 66.....

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวอารีรัตน์ พบพล ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... อารีรัตน์ พบพล
(นางสาวอารีรัตน์ พบพล)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ๑๗ / มิ.ย. / ๖๖
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวอารีรัตน์ พบพล	อารีรัตน์ พบพล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดกำเดาไหลร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและความดันโลหิตสูง

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิง อายุ 31 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
สถานภาพ โสด การศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 23 เมษายน 2566 เวลา 04.10 น.

วันที่รับไว้ดูแล 23 เมษายน 2566 เวลา 08.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 26 เมษายน 2566 เวลา 14.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 26 เมษายน 2566 เวลา 14.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 4 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐประเทศ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เลือดกำเดาไหลจากจมูกข้างขวา 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2 ชั่วโมงก่อนมามีเลือดกำเดาไหลซึมๆที่จมูกข้างขวา ไม่มีไข้ ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่มีหน้ามืด อาเจียน 2 ครั้ง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

10 ปีที่แล้วให้ประวัติเป็น โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐประเทศ โดยล้างไตทางหน้าท้อง รับประทาน Calcium Carbonate 1250 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Calcitriol 0.25 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น, Ferrous Fumarate 200 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น, Folic 5 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Erythropoietin alfa 4000 ยูนิต ทางชั้นใต้ผิวหนัง ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension in the young) รับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐประเทศ รับประทาน Matoprolol 100 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 ใน 4 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Hydralazine 25 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น

โรคไขมันในเลือดสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐประเทศ รับประทาน Gemfibrozil 300 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน

6 ปีที่แล้วให้ประวัติเป็น โรคหัวใจขาดเลือด รับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐประเทศ รับประทาน ASA 81 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

ประวัติแพ้ยาและอาหาร

CEFTRIAXONE มีอาการคันทั่วตัว ไม่มีผื่น ไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย, STREPTOKINASE= มีผื่นคันตามตัว

ประวัติยาละลายลิ่มเลือด

ASA 81 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า รับประทานต่อเนื่องหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประวัติการผ่าตัด

10 ปีก่อนให้ประวัติผ่าตัดการฟอกไตทางช่องท้องแบบถาวร (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

6 ปีก่อนให้ประวัติผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจตีบโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention with Drug-eluting stents Right coronary artery : PCI c DES RCA) ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ประวัติครอบครัว

ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับพี่สาว บิดาและมารดา ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกทั้งหมด 4 คน รวมผู้ป่วย บิดาและมารดามีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง พี่สาวปฏิเสธโรคประจำตัว บุคคลในครอบครัวปฏิเสธโรคร้ายแรง

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/108 มิลลิเมตรปรอท

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 31 ปี รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ น้ำหนัก 60 กรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร ผิวหนังและเล็บ : ผิวสีคล้ำ ไม่ซีด ไม่มีอาการบวม ไม่พบผื่น ไม่พบบาดแผล ไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

ศีรษะ : รูปร่างปกติ กะโหลกศีรษะมีรูปร่างสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีแผล ไม่มีก้อน

ใบหน้า : มีรูปร่างเป็นรูปกลมและอวัยวะบนใบหน้าสมส่วนกันและเหมือนกันทั้งสองข้าง ผิวหนังเรียบ

ไม่บวม ไม่มีก้อน ไม่มีตุ่มหนอง

ตา : ม่านตากลมเท่ากันทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้าง เยื่อตาขาวไม่แดง เปลือกตาทั้งสองข้างไม่ซีด

หู : ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีน้ำหนองไหล

จมูก : ใส่วัสดุห้ามเลือด (Gel foam packing with adrenaline packing) ที่จมูกข้างขวา ไม่มีเลือดซึม หายใจไม่มีปีกจมูกบาน

ปาก : ริมฝีปากคล้ำ ไม่แห้ง ลักษณะขากรรไกรปกติ

คอ : ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้งสองข้าง คอไม่แข็ง คล้ำไม่พบก้อน

ทรวงอกและปอด : รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ขยายได้ดี ไม่มีก้อน ปอดมีเสียงลมผ่านดังเท่ากันทั้งสองข้าง

หายใจไม่มีหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ช่องท้อง : มีสายท่อล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis Catheter)

แขนขา : เคลื่อนไหวแขนและขาทั้งสองข้างได้

ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (ต่อ)

หัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต : อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที เต้นแรงดี สม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียงหัวใจผิดปกติ (murmur) ซีพจรที่แขนขา คอ ขาหนีบ สม่ำเสมอเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 152/108 มิลลิเมตรปรอท
ระบบเลือดต่อมน้ำเหลือง : ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย บริเวณรักแร้และขาหนีบคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต

ระบบทางเดินอาหาร : ท้องไม่อืด คลำไม่พบตับและม้ามโต มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) 3-4 ครั้ง/นาที
ระบบกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อ : กระดูกสันหลังอยู่ในแนวกลางลำตัวได้สัดส่วน กล้ามเนื้อแขนขาปกติ การเคลื่อนไหวของแขนขามีแรง ขยับได้

ระบบประสาท : ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีชักเกร็ง

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : ขับถ่ายปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC) วันที่ 23 เมษายน 2566 เวลา 06.49 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	7,690 cells/ul	4,000 – 10,000 cell/mm ²	ปกติ
RBC	4.81 cells/ul	4 – 6 cells/ul	ปกติ
Hemoglobin	14.1 g/dL	12 – 18 g/dL	ปกติ
hematocrit	42 %	37.0 – 54 %	ปกติ
Platelet count	534,000 cells/ul	140,000 – 400,000 cells/ul	สูงกว่าปกติ
Band form	1 %	0-1 %	ปกติ
Neutrophil	71 %	40 – 70 %	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	20 %	20 – 50 %	ปกติ
Monocyte	6 %	2 – 10 %	ปกติ
Eosinophil	2 %	0 – 6 %	ปกติ
MCV	86.9 fl	80 – 100 fl	ปกติ
MCH	29.2 pg	27 – 31 pg	ปกติ
MCHC	33.7 g/dL	32 – 35 g/dL	ปกติ
RDW	13.9 %	11.8 – 15.2 %	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจการทำงานของไต (coagulation factor) วันที่ 23 เมษายน 2566 เวลา 06.49 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	22.2	6-20 mg/dl	สูงกว่าปกติ
eGFR	5.01	มากกว่า 90 mL/min/l	ต่ำกว่าปกติ
Creatinine	9.40	0.97-1.17 mg/dl	สูงกว่าปกติ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจเกลือแร่ในเลือด (Electrolytes) วันที่ 23 เมษายน 2566 เวลา 06.49 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	140 mmol/l	136-145 mmol/l	ปกติ
K	3.0 mmol/l	3.4-4.5 mmol/l	ต่ำกว่าปกติ
Cl	95 mmol/l	98-107 mmol/l	ปกติ
CO2	27 mmol/l	22-29 mmol/l	ปกติ
Ion Gap	27 mmol/l		

ตารางที่ 4 ผลการตรวจเกลือแร่ในเลือด (Electrolytes) วันที่ 24 เมษายน 2566 เวลา 08.22 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
K	2.7 mmol/l	3.4-4.5 mmol/l	ต่ำกว่าปกติ

ตารางที่ 5 ผลการตรวจเกลือแร่ในเลือด (Electrolytes) วันที่ 24 เมษายน 2566 เวลา 15.17 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	140 mmol/l	136-145 mmol/l	ปกติ
K	3.8 mmol/l	3.4-4.5 mmol/l	ปกติ
Cl	97 mmol/l	98-107 mmol/l	ต่ำกว่าปกติ
CO2	28 mmol/l	22-29 mmol/l	ปกติ

การวินิจฉัยของแพทย์

ภาวะเลือดกำเดาไหลที่จมูกข้างขวาร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและความดันโลหิตสูง
(Epistaxis right nostril with end-stage renal disease and hypertension)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน วันที่ 23 เมษายน 2566 เวลา 04.10 น. ด้วยอาการ มีเลือดกำเดาไหล ซึมๆที่จมูกข้างขวา 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ตรวจทางห้องปฏิบัติการ EKG อยู่ในช่วงปกติ, Chest X - ray ผลปกติ, CBC ผล Platelet count 534,000 cells/ul สูงกว่าปกติ, Neutrophil 71 % สูงกว่าปกติ, PTT, PT, INR ผลปกติ, BUN, Cr, Electrolyte, LFT ผล BUN 22.2 mg/dl สูงกว่าปกติ, Creatinine 9.40 mg/dl สูงกว่าปกติ ผู้ป่วยให้ประวัติเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รักษาโดยล้างไตทางหน้าท้อง, Potassium 3.0 mmol/L ต่ำกว่าปกติ แพทย์ให้การรักษา E.KCL 30 มิลลิลิตร ทันที, ผู้ป่วยมีประวัติเลือดกำเดาไหลที่จมูกข้างขวา แพทย์พิจารณาห้ามเลือด ผู้ป่วยที่จมูกข้างขวา(anterior nasal packing) ด้วยการใส่วัสดุห้ามเลือด (Gel foam packing with adrenaline packing) ร่วมกับให้ยาห้ามเลือด Transamine 250 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที และ vitamin K 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง 188/120 มิลลิเมตรปรอท มีแผนการรักษาให้ amlo 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทันที แพทย์วินิจฉัย Epistaxis right nostril with end-stage renal disease and hypertension จากนั้น Swab ATK for Covid-19 ผลตรวจปกติ จึงรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน

วันที่ 23 เมษายน 2566

แรกรับที่หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ เวลา 08.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ แรกรับ : อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/108 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนในร่างกาย (Oxygen Saturation) เท่ากับ 98% ที่จมูกข้างขวามีการใส่วัสดุห้ามเลือด (Gel foam packing with adrenaline packing) เพื่อหยุดเลือดของผู้ป่วย ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนจืด แนะนำดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารระหว่างมือ หยุดยาละลายลิ้มเลือด Aspirin 81 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ดูแลให้ยาห้ามเลือด Transamine 250 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง, vitamin K 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง นาน 3 วัน, Folic 5 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Genfibrozil 300 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน, CaCO₃ 1250 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ดร่วมกับอาหารเช้า, EPIAO 4000 ยูนิต ทางชั้นใต้ผิวหนัง ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน, Ferrous Fumarate 200 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น, calcimol 0.25 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น, Terramycin oilment ทา gelfoam, ดูแลสังเกตอาการเลือดออกทางจมูก ซึ่งผู้ป่วยไม่มีเลือดออกจมูกและไม่มีเลือดไหลลงคอ แนะนำพักผ่อนคนเดียว แพทย์มีแผนการรักษาให้ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมร่วมด้วย เรื่อง ความดันโลหิตสูง ดูแลให้ Matroprolol 100 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 ใน 4 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Hydralazine 25 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น ติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในช่วง 90-160 / 60-100 มิลลิเมตรปรอท, ผู้ป่วยมีค่าผลเลือดโพแทสเซียมต่ำ E.KCL 30 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง ผู้ป่วยไม่มีใจสั่น ไม่มีแขนขาอ่อนแรง แนะนำรับประทานอาหารเพิ่มโพแทสเซียม ติดตามส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โพแทสเซียม พุ่งขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 23 เมษายน 2566 (ต่อ)

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ล้างไตทางหน้าท้อง 4 cycle (on CAPD 25% CAPD 2,000 ml * 4 cycle) ดูแลจำกัดน้ำ น้อยกว่า 1 ลิตร/วัน และบันทึกน้ำเข้า/น้ำออก (I=4450 ml / O=6400 ml) ไม่มีแขนขาบวม น้ำล้างไต สีใสดีไม่ขุ่น ไม่มีไข้ ผู้ป่วยบอวกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ทำให้อนอนไม่หลับ รับฟังปัญหาของผู้ป่วยให้คลายกังวล จัดสถานที่ให้ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

วันที่ 24 เมษายน 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ปริมาณออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 99 % (Room air) ที่จมูกข้างขวามีการใส่วัสดุห้ามเลือด (Gel foam packing with adrenaline packing) ไม่มีเลือดออกจุมกหรือไหลลงคอ ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 153-175 / 93-114 มิลลิเมตรปรอท มีปวดศีรษะร่วมด้วย Pain score = 4 คะแนน ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ดูแลให้ยาความดันโลหิต เป็น Metoprolol 100 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1/2 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น และ paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ดทันที หลังรับประทานอาการปวดศีรษะลดลง Pain score = 1 คะแนน โพแทสเซียม (k=2.7 mmol/L) ต่ำกว่าปกติ ดูแลให้รับประทาน E.KCL 30 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง ติดตามส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ E'lyte 14.00 น. (K=3.8 mmol/L) ผลปกติ ดูแลให้ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง 4 cycle (on CAPD 25% CAPD 2,000 ml * 4 cycle) ดูแลจำกัดน้ำ น้อยกว่า 1 ลิตร/วัน และบันทึกน้ำเข้า/น้ำออก (I=9,450 ml / O=9,100 ml) ไม่มีแขนขาบวม น้ำล้างไต สีใสดีไม่ขุ่น ไม่มีไข้ และแนะนำรับประทานยาเดิมต่อเนื่อง

วันที่ 25 เมษายน 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ปริมาณออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 99 % (Room air) ที่ จมูกข้างขวามีการใส่วัสดุห้ามเลือด (Gel foam packing with adrenaline packing)ไม่มีเลือดออกจุมก หรือไหลลง คอ เพื่อป้องกันจุมกแห้งดูแลหยอด lubric eye ที่จมูกข้างขวาบ่อยๆ ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ติดตามสัญญาณชีพ ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 144-174 / 93-120 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ดูแลให้รับประทานยาเดิมต่อเนื่อง ดูแลให้ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง 4 cycle (on CAPD 25% CAPD 2,000 ml * 4 cycle) ดูแลจำกัดน้ำ น้อยกว่า 1 ลิตร/วัน และบันทึกน้ำเข้า/น้ำออก (I=8,575 ml / O=9,100 ml) ไม่มีแขนขาบวม น้ำล้าง ไต สีใสดีไม่ขุ่น ไม่มีไข้

วันที่ 26 เมษายน 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ปริมาณออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 99 % (Room air) ไม่มี ไข้ ที่จมูกข้างขวามีการใส่วัสดุห้ามเลือด (Gel foam packing with adrenaline packing)ไม่มีเลือดออกจุมก หรือ ไหลลงคอ ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 162-174/ 95-100 มิลลิเมตรปรอท นำอุปกรณ์ที่ห้ามเลือดจุมกข้างขวาออก และใช้กล้องส่องจุมกข้างขวา (Sinuscope) ผลปกติไม่พบเลือดออก สังเกต ภาวะเลือดกำเดาออก 4 ชั่วโมง ถ้าไม่มีเลือดออกในช่วงบ่ายแพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 26 เมษายน 2566 (ต่อ)

ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเรื่องยาความดันโลหิตสูงก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยไม่มีเลือดกำเดาออกจากจมูกข้างขวา จึงแนะนำผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามแผนการรักษา มีนัดต่อเนื่องพบแพทย์ หู คอ จมูก อีก 1 อาทิตย์ ยากลับบ้าน Terramycin oilment ป้ายจมูกข้างขวา เข้า เย็น, NSS irrigate 1,000 ml, Syring 20 ml สอนล้างจมูกแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน แนะนำดยาละลายลิ่มเลือดก่อนจนกว่าจะถึงนัด และนัดพบแพทย์คลินิกโรคไตตามเดิมอีก 2 เดือน โดยแพทย์อายุรกรรม สั่งยาเดิมของผู้ป่วยให้ทานต่อเนื่อง และปรับยาความดันโลหิตสูงเพิ่มยา Metoprolol 100 mg รับประทาน ครั้งละ 1/2 เม็ด หลังอาหาร เข้า-เย็น จนถึงนัด แนะนำผู้ป่วยหากมีเลือดกำเดาไหลมาก่อนนัดได้ รวมถึงการปฏิบัติตัวเบื้องต้นหากเลือดกำเดาไหลไม่มากแก่ผู้ป่วยและญาติ

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะเลือดกำเดาไหลเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่ายร่วมกับความดันโลหิตสูง
2. เกิดภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายมีภาวะ Hypokalemia เนื่องจากอัตราการกรองของไตลดลง
3. ปวดศีรษะเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง
4. เสี่ยงมีภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง
5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 31 ปีมาด้วยอาการ 2 ชั่วโมงก่อนมามีเลือดกำเดาไหลซึ่มๆที่จมูกข้างขวา ไม่มีไข้ ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่มีหน้ามืด อาเจียน 2 ครั้ง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์พิจารณาทำ nasal packing ที่จมูกข้างขวามีการใส่วัสดุห้ามเลือด (Gel foam packing with adrenaline packing) แรกรับที่งานห้องผู้ป่วยหู คอ จมูก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย สัญญาณชีพแรกรับ : อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/108 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนในร่างกาย (Oxygen Saturation) เท่ากับ 98% ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนจัด แนะนำดยาละลายลิ่มเลือด Aspirin 81 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ดูแลให้ยาห้ามเลือด Transamine 250 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง, vitamin K 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง นาน 3 วัน รับประทานยาต่อเนื่อง และได้ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเรื่องความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยยังมีความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 153/93 มิลลิเมตรปรอท ถึง 167/114 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ Matoprolol 100 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1/2 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Hydralazine 25 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น ผู้ป่วยมีปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ($k = 3.0 \text{ mmol/L}$) ดูแลให้รับประทาน E.KCL 30 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง ติดตามผลเลือดซ้ำ โพแทสเซียมผลต่ำลง ($k = 2.7 \text{ mmol/L}$) ดูแลให้รับประทาน E.KCL 30 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง ติดตามผลเลือดซ้ำ โพแทสเซียมผลปกติ ($k=3.8 \text{ mmol/L}$) ผู้ป่วยไม่มีแขนขาอ่อนแรง หรือใจสั่น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ(ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา(ต่อ)

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ล้างไตทางหน้าท้อง 4 cycle (on CAPD 2.5% CAPD 2,000 ml * 4 cycle) ดูแลจำกัดน้ำ น้อยกว่า 1 ลิตร/วัน และบันทึกน้ำเข้า/น้ำออกทุกวัน ได้แก่ (4,450 ml/6,400 ml), (9,450 ml/9,100 ml) และ (8,575 ml/ 9,100ml) ตามลำดับ ไม่มีแขนขาบวม น้ำล้างไตสีใสดีไม่ขุ่น ไม่มีไข้ หลังจากฉีดยาห้ามเลือดครบ 3 วัน นำอุปกรณ์ที่ห้ามเลือดจุ่มข้างขวาออก สังเกตไม่มีเลือดกำเดาออก หรือไหลลงคอ แพทย์พิจารณาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลเป็นเวลา 4 วัน และนัดมาติดตามผลการรักษาอีกครั้ง 1 อาทิตย์ (2 พฤษภาคม 2566) และนัดติดตามคลินิกโรคไตเดิมอีก 2 เดือน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและแพทย์หู คอ จมูกและอายุรกรรมผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3. เป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาภาวะเลือดกำเดาไหลร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดกำเดาไหลร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดกำเดาไหลร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังและความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ราย รับไว้ใน การดูแลตั้งแต่วันที่ 23 เมษายน 2566 เวลา 08.00 น. ถึง วันที่ 26 เมษายน 2566 เวลา 14.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 4 วัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดกำเดาไหลร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังและความดันโลหิตสูง
2. ผู้ป่วยภาวะเลือดกำเดาไหลร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากเลือดกำเดาไหลหรือความดันโลหิตสูง และไม่เกิดการติดเชื้อในการล้างไตทางหน้าท้อง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดกำเดาไหลร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังและความดันโลหิตสูง
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดกำเดาไหลร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังและความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากเลือดกำเดาไหลหรือความดันโลหิตสูง และไม่เกิดการติดเชื้อในการล้างไตทางหน้าท้อง
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากภาวะเลือดกำเดาไหลเป็นภาวะฉุกเฉินร่วมกับผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายอย่าง คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการล้างไตทางหน้าท้อง รวมถึงผู้ป่วยมีประวัติรับประทานยาละลายลิ่มเลือด (Aspirin) เป็นเวลานาน 6 ปี เลือดจึงหยุดยากกว่าปกติ ทำให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องของพยาธิสภาพของโรคมี่การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องควบคุมให้อยู่ในภาวะปกติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือด หรือความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน รวมทั้งต้องขจัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยอีกด้วย

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยมีประวัติใช้ยาละลายลิ่มเลือด ความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน และเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้ต้องติดตามภาวะเลือดกำเดาออกซ้ำอย่างใกล้ชิด
2. การให้การพยาบาลโดยการประเมินภาวะเลือดออกจากจมูกค่อนข้างยากว่าเกิดจากเลือดเก่าหรือเลือดสด ถ้ามีปริมาณเลือดออกไม่มาก

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออก
2. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่เกี่ยวกับการประเมินเลือดออกจากจมูกทั้งทางด้านหน้าและด้านหลัง รวมถึงการดูแลรักษา ตลอดจนการป้องกัน และการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงได้อีก

10. การเผยแพร่ผลงาน ไม่มี

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

1.เรื่อง นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน

2.หลักการและเหตุผล

การใช้ยาให้เกิดประสิทธิผลในการรักษานั้น ต้องประกอบไปด้วยสิ่งสำคัญหลาย ประการ เช่น การได้รับยาที่เหมาะสมกับโรค อาการที่เป็น การได้รับยาในขนาดที่ถูกต้อง และยานั้นๆต้องมี ประสิทธิภาพที่ดี ดังนั้นการที่จะให้ยาคงประสิทธิภาพที่ดีจึงจำเป็นที่จะต้องมีการจัดเก็บที่ถูกต้องเหมาะสม ยาแต่ละชนิดจะมีคุณสมบัติที่แตกต่างกันไป การเก็บรักษาที่ดีให้เหมาะสมกับคุณสมบัติของยานั้นๆ จะช่วยให้ยาคงสภาพอยู่ได้นาน มีประสิทธิภาพในการรักษา ยาที่ใช้ในโรงพยาบาลจะมีข้อกำหนดการเก็บ อุณหภูมิต่างๆกันหลายกลุ่ม แต่สำหรับยาที่มีการจ่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้าน มีด้วยกัน 2 ประเภท คือยาทั่วไปและ ยาแช่เย็น ซึ่งยาแช่เย็นนั้น จะต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสมคือ 2-8 องศาเซลเซียส ได้แก่ ยาฉีดอินซูลินชนิดต่างๆ ยาหยอดตาบางชนิด (เปรมจิต เสกานนท์, 2559)

หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลอรัญประเทศ มีผู้ป่วยมารับการรักษา ในปี 2563-2565 เฉลี่ยปีละประมาณ 460, 980 และ 1,700 ราย/ปี ของโรคทางจักษุที่พบมากในปี 2565 ได้แก่ โรคต้อกระจก 720 ราย/ปี (81.36%) อันดับ 2 โรคต้อเนื้อ พบ 61 ราย/ปี (6.89%) อันดับ 3 โรคกระจกตาติดเชื้อพบ 42 ราย/ปี (4.75%) อันดับ 4 โรคความดันลูกตาสูง พบ 38 ราย/ปี (4.29%) อันดับ 5 โรคต้อหิน พบ 24 ราย/ปี (2.71%) ซึ่งระหว่างที่พักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยการหยอดตาเกือบทุกราย และเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน มักจะได้รับยาหยอดตากลับไปรักษาต่อเองที่บ้านเสมอ ซึ่งยาหยอดตานี้มีหลากหลายชนิดใช้รักษาแตกต่างกันไปแต่ละโรค มีทั้งชนิดที่สามารถเก็บไว้ที่อุณหภูมิห้องและชนิดที่เก็บในที่เย็น ชนิดที่ต้องเก็บอุณหภูมิระหว่าง 2-8 องศา ได้แก่ 3% Nacled ยาลดภาวะกระจกตาบวม ยากลุ่มรักษาโรคกระจกตาติดเชื้อ F.Cefaed , F.Fortumed , F.Amikined ฯลฯ, 0.5% Glauco ophed ยาลดความดันลูกตา รวมถึง ยาฉีดรักษาเบาหวาน เช่น Mixtrad, NPH เป็นต้น (พรรณพิมณ พินิจสถิต, 2561) โดยในผู้ป่วยที่มารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัวคือเบาหวาน ที่ต้องฉีดเป็นประจำผู้ป่วยจึงนำยามาฝากไว้ในตู้เย็นของทางหอผู้ป่วย ปัญหาที่พบเกี่ยวกับยาที่ต้องอยู่ในอุณหภูมิตู้เย็นตามที่กล่าวมาพบว่า เมื่อผู้ป่วยต้องกลับบ้านต้องหาอุปกรณ์ใส่ยาและบรรจุน้ำแข็งเพื่อแช่เย็นยา เช่น กระติกน้ำแข็ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความลำบากและ สิ้นเปลืองเงินในการซื้อน้ำแข็ง หรือในบางรายไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำโดยไม่มีการแช่เย็นยากลับบ้าน จากสถิติผู้ป่วยโรคทางจักษุที่เข้ารับการรักษาในปี 2565 มีทั้งหมด 912 ราย/ปี ได้แก่ อำเภอรัญประเทศ 365 ราย/ปี (40.02%) อำเภอดาพระยา 216 ราย/ปี (23.68%) อำเภอคลองหาด 168 ราย/ปี (18.42%) อำเภอโคกสูง 132 ราย/ปี (14.47%) อำเภอวัฒนานคร 20 ราย/ปี (2.20%) และจากที่อื่นๆ 11 ราย/ปี (1.21%) ซึ่งผู้ป่วยบางรายที่มาจากต่างอำเภอดำเนินชีวิตใช้เวลานานประมาณ 40 - 180 นาที ทำให้ยาอาจลดคุณภาพลงไปได้ จากปัญหาดังกล่าวหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลอรัญประเทศ จึงร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาที่พบ โดยได้ประดิษฐ์อุปกรณ์ สำหรับใส่ยาแช่เย็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำยากลับไปบ้าน โดยไม่ต้องไปหาซื้อน้ำแข็งและหาอุปกรณ์มาใส่ยาเอง ซึ่งทางตึกได้นำระบบ Cold Chain มาใช้เป็นแนวคิดในการประดิษฐ์อุปกรณ์ ซึ่งระบบ Cold chain ยาเป็นระบบหนึ่งซึ่งทางโรงพยาบาลให้ความสำคัญในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการประกันคุณภาพของยา วัคซีน ผลิตภัณฑ์ชีววัตถุชนิดว่ายังสามารถใช้เพื่อการป้องกัน รักษาโรคได้ตามที่คาดหวัง (รัชณี วัฒนเรืองรอง และคณะ, 2563) ถือได้ว่า มีความสำคัญกับการบริหารของคนไข้จึงได้ประดิษฐ์อุปกรณ์ชิ้นนี้ โดยใช้ชื่อว่า “นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน” เพื่อให้ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและได้ยาที่มีประสิทธิภาพ ในระหว่างที่เดินทางกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่องและทำให้อาการของผู้ป่วยเป็นไปในแนวโน้มที่ดี

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลการหยุดตาเกือบทุกราย และเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน มักจะได้รับยาหยุดตากลับไปรักษาต่อเนื่องที่บ้านเสมอ ซึ่งยาหยุดตานี้มีหลากหลายชนิดใช้รักษาแตกต่างกันไปแต่ละโรค มีทั้งชนิดที่สามารถเก็บไว้ที่อุณหภูมิห้องและชนิดที่เก็บในที่เย็น ชนิดที่ต้องเก็บอุณหภูมิ ระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส ปัญหาที่พบเกี่ยวกับยาที่ต้องอยู่ในอุณหภูมิตู้เย็นตามที่กล่าวมาพบว่า เมื่อผู้ป่วยต้องกลับบ้านต้องหาอุปกรณ์ใส่ยาและบรรจุน้ำแข็งเพื่อแช่เย็นยา เช่น กระจิกน้ำแข็ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความลำบากและ สิ้นเปลืองเงินในการซื้อน้ำแข็ง หรือในบางรายไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำโดยไม่มีการแช่เย็นยากลับบ้าน หรือแม้แต่ระยะเวลาเดินทางกลับบ้านของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในอำเภอที่อยู่ห่างไกล ทำให้ยาอาจคุณภาพลดลง

ระบบ Cold chain หมายถึง การเก็บรักษายาหรือชีววัตถุให้ผลิตภัณฑ์อยู่ในสภาพเย็น 2-8 องศาเซลเซียส ตลอดเวลาเพื่อปรับปรุงคุณภาพของยา วัคซีน ผลิตภัณฑ์ชีววัตถุทุกชนิดว่ายังสามารถใช้ เพื่อการป้องกันรักษาโรค ได้ตามที่คาดหวัง (รัชณี วัฒนเรืองรอง และคณะ, 2563) ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการเก็บรักษาอุณหภูมิของยาหยุดตาที่ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยดำเนินการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย ภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของ William Edwards Deming หรือ Deming (Deming cycle) เป็นเครื่องมือในกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Do) การประเมินผล (Check) และการปรับปรุง (Act) ซึ่งมีจุดเด่นในการพัฒนางานในด้านการมีส่วนร่วมในการระดมสมองร่วมกันของทีมงาน ทั้งทางด้านการวิเคราะห์ ปัญหา การวางแผนและการหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดความตระหนักและความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการพัฒนางานอย่างมีคุณภาพ (โสภา คำชัยลิก และคณะ, 2559)

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำ “นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน” ขึ้น โดยการจัดทำเป็นกระปุกยาที่เหลื่อใช้บรรจุเจลแช่เย็น โดยมุ่งหวังว่าผู้ป่วยที่ได้ใช้นวัตกรรมนี้จะได้รับยาหยุดตาที่มีประสิทธิภาพ ประหยัดค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่องและทำให้อาการของผู้ป่วยเป็นไปในแนวโน้มที่ดี และบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจ สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ มีนวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน
2. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ในงานห้องผู้ป่วยนวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน นำไปใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาหยุดตาหรือยาอื่นๆที่ต้องแช่เย็นกลับบ้าน
3. ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาหยุดตาหรือยาอื่นๆที่ต้องแช่เย็นกลับบ้าน มีความพึงพอใจจากการใช้นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาหยุดตาหรือยาอื่นๆที่ต้องแช่เย็นกลับบ้าน ในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ
2. บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการพัฒนานวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน ภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของ William Edwards Deming หรือ Deming (Deming cycle) เป็นเครื่องมือในกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Do) การประเมินผล (Check) และการปรับปรุง (Act) ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้
 - 1) P (Plan) ประชุมทีมเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ เพื่อหาข้อสรุปของ “นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน” โดยนำกระปุกยาที่เหลือใช้จากห้องยามาใส่ยาแช่เย็น เนื่องจากมีฝาปิดมิดชิด และกระปุกที่บวมโป่งแสง อีกทั้งสามารถติดสติ๊กเกอร์การใส่ยาไว้บนฝากระปุกได้
 - 2) D (Do) = ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ โดยทดลองใช้กระปุกยาที่เหลือใช้บรรจุเจลแช่เย็น ตกแต่งให้สวยงาม และนำยาของผู้ป่วยใส่ลงในกระปุกยาเหลือใช้ที่มีเจลแล้ว นำสติ๊กเกอร์การใส่ยาที่ได้รับจากห้องยามาติดบนฝากระปุกยาเพื่อให้ทราบการใส่ยา เขียนติดไว้บนฝากระปุกยาว่า “ยาแช่เย็น”



ภาพที่ 1



ภาพที่ 2



ภาพที่ 3



ภาพที่ 4

- 3) C (Check) ทดลองใช้นวัตกรรมที่จากกระปุกยาเหลือใช้ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพ “นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน” ด้วยการวัดอุณหภูมิก่อนที่จะนำไปให้ผู้ป่วยใช้ ผลการทดลองวัดอุณหภูมิ กระปุกยาเหลือใช้บรรจุเจลแช่เย็น ดังตารางจากนั้นทดลองให้ผู้ป่วยใช้นวัตกรรมจำนวน 5 ราย

ตารางแสดงระยะเวลาและความเย็นของเจลที่บรรจุในกระปุกยาเหลือใช้

เวลา	30 นาที	1 ชั่วโมง	1.5 ชั่วโมง	2 ชั่วโมง	2.5 ชั่วโมง	3 ชั่วโมง
องศา	4.5	5	5.5	6	7	8

4) A (Act) ประเมินผลประสิทธิภาพ “นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน” จากกระปุกยาเหลือใช้ โดยการโทรเยี่ยมผู้ป่วยทั้ง 5 ราย เพื่อสอบถามข้อมูลระยะเวลาในการเดินทาง คุณภาพยาแช่เย็นที่นำกลับบ้านและความพึงพอใจทุกราย

4. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการแพทย์บาลให้รับรู้และเข้าใจ การจัดทำนวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้านและทดลองใช้ในหน่วยงาน

5. นำไปใช้ในหน่วยงาน

6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักขุ ที่ได้รับยาหยอดตาหรือยาอื่นๆที่ต้องแช่เย็นกลับบ้าน ได้รับ นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน

2. ผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักขุ ที่ได้รับยาหยอดตาหรือยาอื่นๆที่ต้องแช่เย็นกลับบ้าน มีความพึงพอใจจากการใช้นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. งานห้องผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักขุ มีนวัตกรรมนวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน จำนวน 20 กระปุก

2. บุคลากรทางการแพทย์บาลทุกคนในงานห้องผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักขุ มีการใช้นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้านกับที่ได้รับยาหยอดตาหรือยาอื่นๆที่ต้องแช่เย็นกลับบ้านทุกราย ร้อยละ 100

3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักขุ ที่ได้รับยาหยอดตาหรือยาอื่นๆที่ต้องแช่เย็นกลับบ้านต่อการใช้นวัตกรรม Cold Chain ยาใจกลับบ้าน มากกว่า ร้อยละ 90

(ลงชื่อ) อริรัตน์ นพพล

(นางสาวอริรัตน์ นพพล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๗ / มิ.ย. / ๒๕

ผู้ขอประเมิน