

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

นางสาวฐิติกาญจน์ มะลิตา

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ตำแหน่งเลขที่ 224639

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ 224639

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา พ.ศ. 2569
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 17 ธันวาคม 2568 ถึง 25 กุมภาพันธ์ 2569
3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา พ.ศ. 2569 ครั้งนี้ ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 ความรู้เรื่องท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

3.1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยา

ระบบทางเดินน้ำดี (biliary system) ทำหน้าที่ผลิต กักเก็บ และขนส่งน้ำดี (bile) จากตับลำเลียงไปยังลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) เพื่อช่วยในการย่อยไขมัน โดยแบ่งองค์ประกอบของระบบทางเดินน้ำดีที่สำคัญดังนี้

ท่อน้ำดีในตับ (intrahepatic bile ducts) ทำหน้าที่ส่งเคราะห์น้ำดี ซึ่งมีส่วนประกอบของเกลือน้ำดี คอเลสเตอรอล และบิลิรูบิน เพื่อใช้ในการทำละลายไขมัน เซลล์ตับ (hepatocytes) จะทำหน้าที่ส่งเคราะห์น้ำดีและหลั่งเข้าสู่ท่อน้ำดี (bile canaliculi) ซึ่งเป็นท่อนขนาดเล็กอยู่ระหว่างเซลล์ตับ จากนั้นจะไหลรวมกันและเข้าสู่ท่อน้ำดีที่มีขนาดใหญ่ จนกลายเป็นท่อน้ำดีตับข้างซ้ายและข้างขวา (left and right hepatic ducts)

ท่อน้ำดีนอกตับ (extrahepatic bile ducts) ทำหน้าที่เป็นทางผ่านของน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็ก ท่อน้ำดีตับข้างซ้ายและขวา จะรวมตัวกันบริเวณหัวตับ (hilus) กลายเป็นท่อน้ำดีตับ (common hepatic duct) จากนั้นจะรวมกันบริเวณท่อน้ำดี (cystic duct) กลายเป็นท่อน้ำดีส่วนกลาง (common bile duct: CBD) ท่อน้ำดีบริเวณนี้เป็นตำแหน่งที่พบการอุดตันจากนิ่วบ่อยที่สุด

ถุงน้ำดี (gall bladder) มีลักษณะคล้ายลูกแพร์วางตัวอยู่ใต้ตับกลีบขวาไม่ได้มีหน้าที่ผลิตน้ำดี แต่ทำหน้าที่กักเก็บ (storage) และทำให้น้ำดีเข้มข้น (concentration) โดยการดูดน้ำและอิเล็คโทรไลต์ออก ทำให้น้ำดีมีความเข้มข้นสูงกว่าตอนอยู่ในตับถึง 5-10 เท่า เพื่อให้พร้อมสำหรับการย่อยอาหารที่มีไขมันสูง

แอมพูลลาและกล้ามเนื้อหูรูด (ampulla of Vater & sphincter of Oddi) ท่อน้ำดีส่วนปลายจะลำเลียงน้ำดีมารวมกับท่อน้ำดีอ่อน (main pancreatic duct) ซึ่งเป็นเส้นทางหลักลำเลียงเอนไซม์ย่อยอาหาร (amylase, lipase, protease) เปิดเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วน duodenum ที่ตำแหน่ง ampulla of Vater โดยมีกล้ามเนื้อหูรูด sphincter of Oddi ทำหน้าที่ควบคุมการไหลของน้ำดี กล้ามเนื้อหูรูดนี้จะคลายตัวเมื่อมีอาหารเข้าสู่กระเพาะ ฮอริโมน cholecystikinin (CCK) จะถูกกระตุ้นให้ปล่อยน้ำดีให้ไหลลงสู่ลำไส้เพื่อทำการย่อยอาหารโดยเฉพาะจำพวกไขมัน (วิชัย เตชะสาธิต, 2563)

3.1.2 ความหมาย

ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholangitis) หมายถึงกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินน้ำดี (biliary tract) โดยมีปัจจัยส่งเสริม 2 อย่างที่เกิดขึ้นพร้อมกัน ได้แก่ 1) การอุดตันของทางเดินน้ำดี (biliary obstruction) สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ นิ่วในท่อน้ำดี (choledocholithiasis) รองลงมาคือเนื้องอกหรือการตีบตันของท่อน้ำดี 2) การติดเชื้อแบคทีเรียในน้ำดี (biliary infection) ซึ่งเกิดจากการอุดตันของทางเดินน้ำดี ส่งผลให้แรงดันในท่อน้ำดีสูงขึ้นมากกว่า 20 cmH₂O ทำให้แบคทีเรียจากลำไส้สามารถไหลย้อนกลับและแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด (Kiryama et al., 2018)

3.1.3 อุบัติการณ์การเกิดโรค

การเกิดโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน เป็นปัญหาสำคัญมักพบร้อยละ 5-10 ของประชากรในประเทศไทย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 1.5 ต่อ 1 ของประชากรที่เกิดโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันทั้งหมด มักพบในอายุ 40 ปีขึ้นไป และพบในอายุ 70 ปีร้อยละ 15 -30 (ถนนศิลป์ ก้านมะลิ, 2563) มีปัจจัยเอื้อหลายอย่าง โดยเฉพาะคนที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงซึ่งส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบของน้ำดี เนื่องจากท่อน้ำดีทำหน้าที่เก็บกักน้ำดี การดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ออกทำให้น้ำดีเข้มข้นขึ้น ดังนั้นจึงเกิดการตกตะกอนของคอเลสเตอรอล และมีหินปูนจับตัวกันกลายเป็นนิ่วเรสเทอรอล ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน มักมีความสัมพันธ์กับโรคนิ่วในท่อน้ำดีโดยเฉพาะพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบว่า สาเหตุอันดับหนึ่งคือนิ่วในท่อน้ำดี ร้อยละ 70-80 รองลงมาคือเนื้องอกหรือมะเร็ง ร้อยละ 10-15 (กิตติพงศ์ บุรณโชคไพศาล, 2565) พบในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน หรือผู้ที่มีประวัติเคยผ่าตัดทางเดินน้ำดีมาก่อน นอกจากนี้ยังมักพบในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ประมาณร้อยละ 15-20 เป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับสูง (grade III: severe) และมีการติดเชื้อในกระแสเลือดและอวัยวะล้มเหลวร่วมด้วย (ชนพล ตั้งพูนผลพงศ์, 2564)

3.1.4 สาเหตุของการเกิดโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholangitis) มักเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในท่อน้ำดี การเกิดภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันจำเป็นต้องมีการอุดตันของทางเดินน้ำดี การอุดตันอย่างสมบูรณ์อาจทำให้ความดันน้ำดีเพิ่มขึ้น ซึ่งมักนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการอุดตันของท่อน้ำดี

3.1.4.1 สาเหตุจากนิ่วและปัจจัยทางพฤติกรรมการเกิดนิ่วในท่อน้ำดี (choledocholithiasis) เกิดจากการเคลื่อนที่ของนิ่วจากท่อน้ำดี (secondary stones) หรือเกิดขึ้นเองภายในท่อน้ำดี (primary stones) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะอ้วน (obesity) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันและไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) สูง การลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว และคนที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มากกว่า 30 การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำซึ่งนำไปสู่ภาวะตับแข็ง เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดนิ่วและการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

3.1.4.2 สาเหตุจากเนื้องอกและการตีบตัน การเกิดมะเร็งในระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเป็นสาเหตุสำคัญของการอุดตันที่ทำให้เกิดภาวะอักเสบรุนแรง ได้แก่ มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) มะเร็งตับอ่อน (pancreatic cancer) และมะเร็งบริเวณแอมพูลลาท่อน้ำดี (ampullary cancer) มักทำให้เกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์และหากไม่ได้รับการรักษาโดยการระบายน้ำดีอาจทำให้เสียชีวิตได้

3.1.4.3 สาเหตุจากการทำหัตถการและใส่อุปกรณ์การแพทย์ (iatrogenic) การใส่ท่อระบายน้ำดี (biliary stent) อาจนำไปสู่ภาวะอักเสบได้เมื่อเกิดการอุดตันจากคราบแบคทีเรีย (microbial biofilm) หรือเศษตะกอนน้ำดี (biliary sludge) นอกจากนี้ภาวะท่อน้ำดีอักเสบหลังการทำการส่องกล้องเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคในระบบท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) สามารถพบได้ร้อยละ 0.5 ถึง 2.4 ซึ่งมักเกิดจากการฉีดสารทึบแสงเข้าไปในพื้นที่ที่มีการอุดตันโดยไม่มีการระบายออกที่เพียงพอ

3.1.5 อาการและอาการแสดง

ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันมีความหลากหลายตั้งแต่มีอาการเล็กน้อยไปจนถึงภาวะวิกฤตที่อวัยวะล้มเหลวซึ่งประกอบด้วย อาการไข้ร่วมกับหนาวสั่น (fever/chills) อาการตัวเหลืองตาเหลือง (jaundice) อาการปวดท้องใต้ชายโครงขวา (right upper quadrant pain) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาวิจัยระบุว่าอาการดังกล่าวพบได้ร้อยละ 16 ถึง 72 ของผู้ป่วยเท่านั้น (Virgile et al., 2023)

ในรายที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยจะเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหรือช็อก (hypotension/shock) และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงหรือสับสน (altered mental status) ภาวะนี้บ่งชี้ถึงภาวะหนองในท่อน้ำดี (acute obstructive suppurative cholangitis) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงมากหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที

ผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ > 75 ปี) เป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากมักแสดงอาการไม่ชัดเจน เช่น อาจไม่มีไข้หรือไม่มีอาการปวดท้อง แต่มาด้วยอาการซึม เพ้อ หรือความดันโลหิตต่ำโดยไม่ทราบสาเหตุ ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้า

3.1.6 การวินิจฉัยโรคและการจำแนกประเภท (Tokyo Guidelines, 2018)

การวินิจฉัยโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติโตเกียวปี 2018 (Tokyo Guidelines, 2018) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโดยอาศัยอาการทางคลินิกจากการตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสี ซึ่งมีความไว (sensitivity) สูงถึงร้อยละ 86 และการวินิจฉัยความถูกต้องสูงถึงร้อยละ 81 สามารถใช้วินิจฉัยได้แม่นยำกว่าการใช้อาการทางคลินิกเพียงอย่างเดียว

3.1.6.1 การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรงและเฉียบพลันบริเวณใต้ชายโครงขวา ปวดบิด มีไข้ คลื่นไส้อาเจียน การตรวจ Murphy's sign คือการตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน มีดังนี้

- 1) จัดท่าผู้ป่วยนอนหงาย วางแขนข้างลำตัว งอเข่าเล็กน้อย เพื่อให้หน้าท้องหย่อนตัว
- 2) ผู้ตรวจยืนด้านขวาของผู้ป่วย ใช้ปลายนิ้วมือวางใต้ชายโครงขวาตามแนว midclavicular
- 3) กดมือลงบนตำแหน่งใต้ชายโครงขวาพร้อมแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ เมื่อผู้ป่วยหายใจเข้าท่อน้ำดีและตับจะเคลื่อนตัวลงมากกระทบกับปลายนิ้วมือที่กดอยู่

4) สังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บ ผลตรวจ Murphy sign negative หมายถึงไม่สงสัยภาวะท่อน้ำดีอักเสบ กดเจ็บใต้ชายโครงขวาผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแปลบขึ้นมาทันทีขณะหยุดหายใจ หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บสะดุ้งหรือหยุดหายใจกลางคัน ผลตรวจ Murphy sign positive หมายถึง สงสัยภาวะท่อน้ำดีอักเสบ

มีอาการตาตัวเหลือง (jaundice) จะเริ่มเห็น sclera มีสีเหลือง (scleral icterus) ถ้าหากสารเหลืองคั่งจำนวนมากจะเริ่มเห็นผิวหนังมีสีเหลืองปัสสาวะจะมีสีเข้มขึ้น

3.1.6.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- Total bilirubin สูงเกิน 2.5 mg/dL (ค่าปกติ 0.2 - 1.2 mg/dL)
- ผลการทำงานของตับผิดปกติ ได้แก่ ALP, GGT, AST, ALT > 1.5 เท่าของค่าปกติ
- ค่าปกติ - ALP 40-129 u/L
- GGT 6-38 u/L

- AST 8-48 u/l

- ALT 7-55 u/l

- ผลตรวจเม็ดเลือดขาวผิดปกติ (WBC <4,000 หรือ >10,000/ μ L; CRP >1 mg/dL)

3.1.6.3 ภาพถ่ายรังสี

1. การอัลตราซาวด์ช่องท้อง (abdominal ultrasound) ซึ่งมีความไวและความจำเพาะสูงในการตรวจท่อน้ำดีและการขยายตัวของท่อน้ำดี ลักษณะที่พบได้ทั่วไปของภาวะท่อน้ำดีอักเสบส่วนบนคือผนังท่อน้ำดีหนาขึ้น เกิดการขยายตัวของท่อน้ำดี รวมถึงท่อน้ำดีส่วนกลาง ตลอดจนสามารถมองเห็นนิ่วในท่อน้ำดีและหนอง การตรวจนี้สามารถช่วยจำแนกการอุดตันของท่อน้ำดีภายในตับและภายนอกตับได้

2. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ช่องท้องเพื่อการตรวจสอบพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นร่วมกัน เช่น เนื้องอกในตับ/ตับอ่อน การแพร่กระจาย หรือฝีในตับ สามารถตรวจพบท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับที่ขยายตัว รวมถึงการอักเสบของระบบทางเดินน้ำดีได้ ข้อดีของการทำ CT scan คือ สามารถช่วยในการตรวจสอบวินิจฉัยแยกโรคได้ รวมถึงโรคถุงผนังลำไส้ใหญ่อักเสบและโรคกรวยไตอักเสบ ข้อเสียคือมีความไวต่ำในการวินิจฉัยนิ่วในท่อน้ำดี

3. การตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อนด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography: MRCP) เป็นการตรวจด้วยเครื่องสแกนที่มีความละเอียดสูง โดยใช้สนามแม่เหล็กและคลื่นวิทยุในการสร้างภาพอวัยวะภายในเป็นการตรวจวินิจฉัยด้วยภาพที่ไม่รุกราน (non-invasive) ซึ่งสามารถตรวจหาสาเหตุและความรุนแรงของการอุดตันของท่อน้ำดี รวมถึงนิ่วในท่อน้ำดี การตีบตัน และการขยายตัวของท่อน้ำดีได้

4. การตรวจอัลตราซาวด์ผ่านกล้องเอนโดสโคป (Endoscopic Ultrasound: EUS) ใช้ในกรณีที่ MRCP ให้ผลไม่ชัดเจนแต่อาการทางคลินิกยืนยันว่ามีภาวะอุดตันท่อน้ำดีการทำ EUS ในปัจจุบันเป็นที่นิยม เนื่องจากมีความแม่นยำสูงใกล้เคียงกับ (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) แต่มีความเสี่ยงต่ำกว่า

การจำแนกประเภทโรค ตามแนวทางเวชปฏิบัติโตเกียวปี 2018 (Tokyo Guidelines, 2018)

ระดับความรุนแรง	อาการและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Grade I (mild)	ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีการอักเสบบริเวณท่อน้ำดีเท่านั้น มักตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นได้ดี
Grade II (moderate)	ไม่มีภาวะอวัยวะล้มเหลว แต่มีปัจจัยบ่งชี้ความเสี่ยงอย่างน้อย 2 ใน 5 ข้อ - เม็ดเลือดขาวผิดปกติ (>12,000 หรือ <4,000/μL) - ไข้สูง (>39°C) - อายุมาก ($\geq$ 75 ปี) - ภาวะดีซ่านรุนแรง (bilirubin $\geq$ 5 mg/dL) - ภาวะโปรตีนต่ำ (albumin <0.7 เท่าของค่าปกติ)

ระดับความรุนแรง	อาการและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Grade III (severe)	มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะอย่างน้อย 1 ระบบ - ระบบหัวใจ: ต้องใช้ยาช่วยความดัน (dopamine หรือ norepinephrine) - ระบบประสาท: ระดับความรู้สึกตัวลดลง - ระบบหายใจ: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300 \text{ mmHg}$ - ระบบไต: ปัสสาวะออกน้อย หรือ Creatinine $> 2.0 \text{ mg/dL}$ - ระบบการแข็งตัวของเลือด: INR > 1.5 - ระบบเลือด: จำนวนเกล็ดเลือด $< 100,000/\mu\text{L}$

3.1.7 การรักษา การรักษาภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน มุ่งเน้นการพยาบาลฉุกเฉินป้องกันการเสียชีวิต และการควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นระบบ ดังนี้

3.1.7.1 การรักษาเบื้องต้น (initial management)

1. งดน้ำและอาหาร (Nothing Per Oral: NPO) เพื่อลดการบีบตัวของหลอดที่ท่อน้ำดี ลดการระบายนสารต่างๆ รวมทั้ง ช่วยให้ท่อน้ำดีไม่ทำงานหนัก และเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับหัตถการระบายน้ำดีแบบฉุกเฉิน

2. การให้สารน้ำและเกลือแร่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในปริมาณที่เพียงพอ (intravenous hydration) เพื่อทดแทนสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ และมีความจำเป็นสำหรับการรักษาระดับความดันโลหิตและปริมาณปัสสาวะในรายที่มีความรุนแรงระดับ Grade III ต้องพิจารณาการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือดและการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต

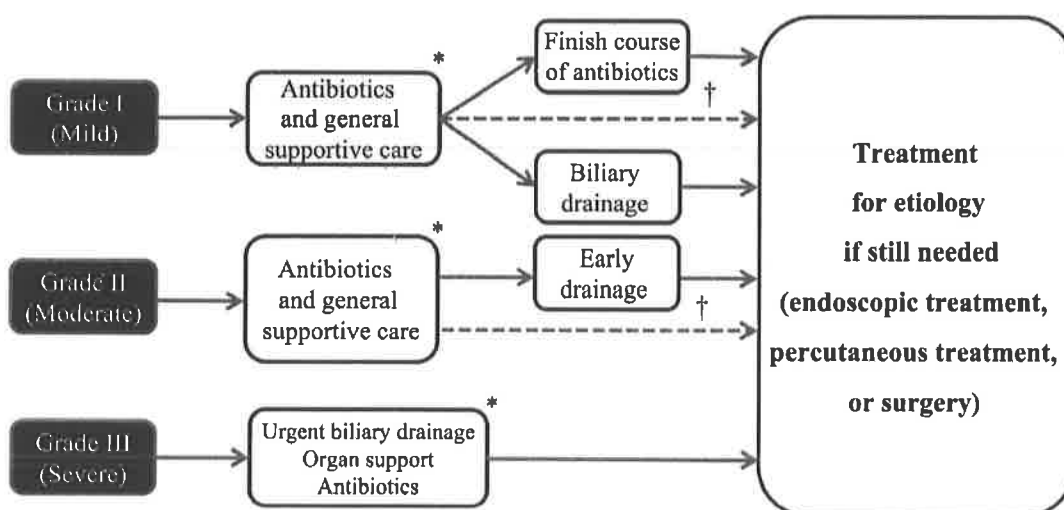
3. ยับยั้งการอักเสบสามารถให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำได้ตามความเหมาะสม

3.1.7.2 การให้ยาปฏิชีวนะ (antimicrobial therapy) ควรเริ่มยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อภายใน 1 ชั่วโมง ให้ยาต่อเนื่อง 4-7 วัน หลังจากระบายท่อน้ำดีสำเร็จในกรณีที่เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล (healthcare-associated) ยาปฏิชีวนะต้องครอบคลุมเชื้อ pseudomonas spp. และ enterococcus spp. หากพบเชื้อแกรมบวกกลุ่ม enterococcus หรือ streptococcus ในกระแสเลือด แนะนำให้ยานานอย่างน้อย 2 สัปดาห์เพื่อป้องกันภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ

3.1.7.3 การทำหัตถการระบายท่อน้ำดี (biliary drainage) เพื่อระบายน้ำดี

1. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) การส่องกล้องเข้าไปในท่อน้ำดี เพื่อคลั่งนิ่ว (stone extraction) หรือการใส่ท่อระบายพลาสติก (plastic stent) เพื่อเปิดทางเดินน้ำดีระบายน้ำดี

2. Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD) การเจาะระบายผ่านผิวหนังเข้าสู่ท่อน้ำดี เพื่อระบายน้ำดี พิจารณาในกรณีทำ ERCP ไม่สำเร็จ แต่การทำ PTBD มีความเสี่ยงสูงต่อการเลือดออกในช่องท้องและภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในปัจจุบันนิยมใช้ EUS-guided drainage ช่วยในการทำหัตถการ PTBD ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น



แนวทางการรักษาโรคท่อน้ำดีอักเสบ (Tokyo Guidelines, 2018)

สืบค้นจาก <https://medcraveonline.com/GHOA/endoscopic-management-of-acute-cholangitis.html>

3.1.8 การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

- 1) ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมง
- 2) ประเมินความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อ โดยใช้ NEWS Score หากค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับสัญญาณชีพผิดปกติควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาเพิ่มเติม
- 3) ติดตามผลตรวจ serum lactate ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
- 4) ส่งตรวจ hemoculture 2 ขวดก่อนให้ยาปฏิชีวนะดูแลให้ยาปฏิชีวนะเร็วที่สุดภายใน 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งติดตามผล hemoculture รายงานแพทย์เพื่อให้ยาปฏิชีวนะตามชนิดของเชื้อก่อโรค
- 5) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluid resuscitation) ชนิด crystalloid เช่น 0.9% NaCl, LRS อย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในช่วง 1-3 ชั่วโมงแรก ปริมาณประมาณ 30 ml/kg เพื่อเพิ่มความดันโลหิตและระบบการไหลเวียนเลือด และป้องกันอวัยวะล้มเหลวในกรณีไม่มีข้อห้าม
- 6) ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด ได้แก่ Norepinephrine 4 mg ผสมในสารละลาย DW 250 ml ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย พร้อมประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา
- 7) ค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ หากพบตำแหน่งการติดเชื้อที่ชัดเจนรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณากำจัดสาเหตุของการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อจากท่อน้ำดีอักเสบ จำเป็นต้องได้รับการระบายน้ำดีที่อุดตันออก เพื่อลดการติดเชื้อ
- 8) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เช่น HFNC, ventilator เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ keep O2 sat $\geq$ 94 %
- 9) เฝ้าระวังการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury: AKI) โดยการติดตามบันทึกสารน้ำเข้าออกในร่างกาย keep urine out put $>$ 0.5 ml/kg/hr. ทุก 1 ชั่วโมง ภายใน 6 ชั่วโมงแรก และรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ

3.1.9 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีระบบทางเดินหายใจล้มเหลว

1) การติดตามและเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจล้มเหลว โดยการสังเกตลักษณะและอัตราการหายใจ วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนหากประเมินผิดพลาดผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้าทำให้อัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาในการรักษาตัวเพิ่มขึ้น

2) การประเมินระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ ตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนผ่านทางผิวหนังอย่างต่อเนื่องติดตามและแปลผล (Arterial Blood Gas: ABG)

3) ติดตามลักษณะการหายใจและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ

4) ดูตื้นเสมหะในท่อช่วยหายใจและช่องปากอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อมีเสมหะ จัดท่านอนให้ผู้ป่วยศีรษะสูง 30 องศา กระตุ้นการไอ พลิกตะแคงตัว เคาะปอด เพื่อให้เสมหะระบายออกได้ดีขึ้น

5) ประเมินและวัด cuff pressure ให้อยู่ระหว่าง 20-30 cmH₂O เพื่อป้องกันการสำลัก ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

6) ดูแลสุขอนามัยในช่องปากโดยการบ้วนปากสลับกับการแปรงฟัน อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

7) สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกสีและกลิ่นของเสมหะ บันทึกค่าพารามิเตอร์บนจอเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ tidal volume, minute volume, airway pressure, respiratory rate ทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

8) พิจารณาปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการทำกายภาพบำบัดฝึกหายใจ ฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมวางแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

3.1.10 การปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังรักษาด้วยการส่องกล้องเข้าไปในท่อน้ำดี (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) เพื่อระบายน้ำดีและการคล่องนิ่วออก

การพยาบาลก่อนการส่องกล้อง ได้แก่

- 1) ให้ข้อมูลความจำเป็นในการส่องกล้อง อธิบายข้อดี ข้อเสีย และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
- 2) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ได้แก่ งดอาหารและน้ำ งดยาละลายลิ่มเลือดทำความสะอาดช่องปาก
- 3) การดูแลก่อนนำส่งและขณะนำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพและการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การดูแลทางเดินหายใจ

การพยาบาลหลังการส่องกล้อง ได้แก่

1) การประเมินสัญญาณชีพและการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การดูแลทางเดินหายใจ ประเมินฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากหลังส่องกล้องระบายน้ำดี หรือเอานิ่วออกอาจเกิดการกระจายของน้ำดีเข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำ

2) เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้อง เช่น อาการปวดท้อง ท้องแน่นตึง ตรวจพบ Guarding และมีไข้สูง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของลำไส้ทะลุ การติดเชื้อในช่องท้อง ตับอ่อนอักเสบรุนแรง และอาจมีเลือดออกในทางเดินอาหาร

3.2 ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.2.1 ความชำนาญในการใช้กระบวนการพยาบาล มีความชำนาญในการใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง แบบเป็นองค์รวม และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล ทั้งยังส่งเสริมให้สามารถวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการดูแล และประเมินผลการพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ackley et al., 2023) ในการดูแลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้นำแนวคิดการประเมินสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's functional health patterns) มาใช้เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเริ่มจากการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพเดิมของผู้ป่วย ประเมินภาวะโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร ภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ แบบแผนการขับถ่าย การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ ระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ความเจ็บปวด ความสามารถในการสื่อสาร ภาวลักษณะและการรับรู้คุณค่าของตนเอง บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการเผชิญความเครียด ตลอดจนความเชื่อและค่านิยมที่มีผลต่อการรักษา นอกจากนี้ยังมีการใช้ NEWS เป็น early warning sign ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะ Sepsis ใช้แนวคิด ABCDEF เป็นเครื่องมือประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ใช้ APACHE II score เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงในระยะวิกฤต เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยข้อมูลที่ได้จากการประเมินดังกล่าว นำมาวิเคราะห์ร่วมกับผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษ ทำให้สามารถระบุปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการวินิจฉัยการพยาบาลของ North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) International พบว่าผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 8 ข้อ ได้แก่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะ Septic shock เนื่องจากเกิดการอักเสบของท่อน้ำดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดท้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 วิดกกังวล เนื่องจากพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 การหยาบเครื่องช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสมรรถภาพการหายใจลดลงจากโรค asthma

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลในการดูแลตนเองหลังทำ Tracheostomy

การใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ส่งผลให้การวางแผนการพยาบาลมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาเฉพาะราย สามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทัน่วงที และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

3.2.2 ความชำนาญในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย Acute Cholangitis with Septic Shock

ผู้ป่วยวิกฤตที่มีการติดเชื้อรุนแรงจากระบบทางเดินน้ำดีร่วมกับภาวะช็อก ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดและการทำงานของอวัยวะหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome: MODS) และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วหากไม่ได้รับการประเมินและรักษาอย่างทัน่วงที ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพใน ICU จึงจำเป็นต้องมีความรู้และสมรรถนะขั้นสูงในการประเมินผู้ป่วยวิกฤต สามารถเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสภาวะผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกอย่างเป็นระบบ และใช้การตัดสินใจทางคลินิก เพื่อค้นหาสัญญาณเตือนของภาวะทรุดลงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก รวมทั้งสามารถประสานทีมแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง พยาบาล ICU สามารถประยุกต์ใช้ National Early Warning Score 2 (NEWS2) เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยวิกฤต โดยพิจารณาร่วมกับการประเมินทางคลินิกและข้อมูลเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนโลหิตอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ Mean Arterial Pressure (MAP) ≥ 65 mmHg ตามเป้าหมายการรักษา การประเมิน Capillary Refill Time (CRT) ≤ 3 วินาที การติดตามปริมาณปัสสาวะ ≥ 0.5 mL/kg/hr และการติดตามแนวโน้มของผลตรวจ serum lactate ≤ 2 mmol/L เพื่อประเมินภาวะ tissue perfusion และประเมินการตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากการติดตามสัญญาณชีพ และระบบการไหลเวียนโลหิตแล้ว พยาบาล ICU จำเป็นต้องมีความสามารถในการแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเชื่อมโยงกับพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนเม็ดเลือดขาวและแนวโน้มการอักเสบ ผลเพาะเชื้อจากเลือด การทำงานของตับ เช่น AST, ALT และ Total Bilirubin การทำงานของไต ได้แก่ serum creatinine และ eGFR ตลอดจนการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ PT, INR และ platelet count เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการเกิดภาวะ organ dysfunction นอกจากนี้ ต้องสามารถประเมินและแปลผล Arterial Blood Gas (ABG) เพื่อประเมินภาวะกรด-ด่าง การแลกเปลี่ยนก๊าซ และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ รวมถึงติดตามผลการเพาะเชื้อและความไวต่อยาปฏิชีวนะ เพื่อเป็นข้อมูลให้แพทย์เลือกจ่ายยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมและการปรับยาตามผลตรวจ

ด้านประสานงานพยาบาล ICU ต้องสามารถประสานการรักษากับสหสาขาวิชาชีพตามแนวทาง sepsis bundle อย่างรวดเร็ว หลังจากประเมินพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ septic shock ตามแนวทาง 1-Hour bundle โดยการส่งเลือดเพาะเชื้ออย่างรวดเร็วเมื่อวินิจฉัย การให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง การให้สารน้ำอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาจากสภาพ hemodynamic และการตอบสนองของผู้ป่วย ตลอดจนเตรียมและเฝ้าระวังการให้ยา vasopressors และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา ประเมินผลการรักษาการไหลเวียนโลหิตและ tissue perfusion ให้ได้ตามเป้าหมายการรักษา โดยเฉพาะค่า MAP ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับผู้ป่วย นอกจากนี้การกำจัด

source control เป็นปัจจัยสำคัญ พยาบาล ICU จึงมีบทบาทสำคัญในการประสานและเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการระบายทางเดินน้ำดีเพื่อเข้ารับการรักษาระยะ Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) ตามข้อบ่งชี้และสถานะของผู้ป่วย รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนก่อน ระหว่าง และหลังการทำหัตถการ

สรุปได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วย acute cholangitis with septic shock พยาบาล ICU ต้องมีความรู้ ความชำนาญด้านการปฏิบัติตามการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งการประเมิน การวิเคราะห์และการแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคาดการณ์ภาวะทรุดลงอย่างรวดเร็ว การประสานการรักษากับสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา ทักษะการประเมินผู้ป่วยขั้นสูง การใช้เครื่องมือมาตรฐาน และการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อให้สามารถประเมินภาวะวิกฤต และ organ dysfunction ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ตอบสนองต่อแผนการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ป้องกันภาวะ MODS ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.3 ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย On Tracheostomy รวมถึงการให้ความรู้ การฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอและเตรียมย้ายออกจาก ICU จำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษซ้ำ การประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ร่วมกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) และวิธีการสอนแบบ Teach-back ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้เริ่มจากการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งด้านความรู้เดิม ระดับการศึกษา ความสามารถในการเรียนรู้ ความวิตกกังวล ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สะท้อนความรู้สึก ความกังวล และร่วมกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจภายในและความมั่นใจในการปฏิบัติ หลังจากนั้นจึงดำเนินการสอนโดยใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย ได้แก่ คู่มือการดูแลผู้ป่วย ภาพประกอบ วิดีโอ และการสาธิตจริง ครอบคลุมการล้างมืออย่างถูกวิธี การทำความสะอาดแผลเจาะคอ การดูดเสมหะ การทำความสะอาดท่อชั้นใน การเปลี่ยนสายยัดท่อ การดูแลอุปกรณ์ การให้ออกซิเจน การสังเกตอาการผิดปกติ และการปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น ท่ออุดตันหรือท่อหลุด ภายหลังการสาธิต ให้ผู้ป่วยหรือญาติฝึกปฏิบัติจริงทุกขั้นตอน พร้อมให้คำแนะนำ แก่ไขข้อบกพร่อง และประเมินทักษะด้วยแบบตรวจสอบรายการ (skill checklist) จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ก่อนสิ้นสุดการสอนจะใช้เทคนิค Teach-back โดยให้ญาติอธิบายและสาธิตย้อนกลับ เพื่อประเมินความเข้าใจและความสามารถในการนำความรู้ไปใช้จริง พร้อมทั้งเสริมแรงทางบวกสร้างความมั่นใจ มอบคู่มือการดูแลดูแลต่อเนื่อง แจ้งช่องทางการติดต่อเมื่อเกิดปัญหา

ผลลัพธ์ของการให้ความรู้ประเมินจากคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอน ความสามารถในการปฏิบัติจริงตามแบบประเมินทักษะ ความถูกต้องของการตอบคำถามด้วยวิธี Teach-back ระดับความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการติดตามอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเข้ารับรักษาภายใน ICU ภายใน 72 ชั่วโมง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนประสิทธิผลของการเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจาก ICU

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

โรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholangitis) เป็นโรคฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ที่มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 10-15 (ศิริพรรณ รุ่งเรือง, 2566) สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อของระบบทางเดินน้ำดีที่เกิดขึ้นจากการอุดตันของท่อน้ำดี ส่งผลให้เกิดการคั่งของน้ำดีและเชื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ภาวะดังกล่าวถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรง และส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันทั่วถึง สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ นิ่วในท่อน้ำดี การตีบแคบของท่อน้ำดีจากพังผืดหรือการอักเสบเรื้อรัง ภาวะเนื้องอกของระบบทางเดินน้ำดี รวมถึงภาวะแทรกซ้อนภายหลังหัตถการทางการแพทย์บางชนิดกลไกการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการอุดตันของทางเดินน้ำดี ทำให้ความดันภายในท่อน้ำดีเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เชื้อแบคทีเรียจากลำไส้เล็กสามารถไหลย้อนเข้าสู่ระบบทางเดินน้ำดีและแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดได้ อาการทางคลินิกที่พบ ได้แก่ ไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา คลื่นไส้อาเจียน และภาวะตัวเหลืองตาเหลือง ซึ่งอาการไข้ ปวดท้อง และตัวเหลือง เรียกว่า Charcot's triad ในกรณีที่รุนแรงอาจพบความดันโลหิตต่ำและระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงร่วมด้วย ซึ่งเป็นลักษณะของ Reynolds' pentad บ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีความรุนแรง

ในทางระบาดวิทยา โรคที่เกี่ยวข้องกับนิ่วในท่อน้ำดีและถุงน้ำดีพบได้ค่อนข้างบ่อยในประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคอ้วน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ที่มีประวัติการผ่าตัดหรือทำหัตถการเกี่ยวกับทางเดินน้ำดีมาก่อน ในปัจจุบันนี้สหรัฐอเมริกาอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น 2 เท่า ใน 3 ทศวรรษ โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.4 - 13.9 (Unalp-Arida et al., 2023) ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดนิ่วในท่อน้ำดีร้อยละ 6 มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อัตราส่วน 1.5 ต่อ 1 ส่วนใหญ่พบในอายุ 40 ปี ส่วนในคนอายุ 70 ปีพบได้ร้อยละ 15 -30 (ถนนมศิลป์ ก้านมะลิ, 2563) ทำให้ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันเป็นปัญหาสำคัญทางระบบสาธารณสุข ทั้งจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลนาน และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น

โรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกโรคที่เข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ จากข้อมูลสถิติย้อนหลังผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ปี 2566-2568 จำนวน 39, 35 และ 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.96, 7.10 และ 4.4 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ในปี 2568 สาเหตุส่วนใหญ่การติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดีเกิดจากนิ่วในท่อน้ำดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ปี 2566-2568 จำนวน 35, 35 และ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.74, 100 และ 95.24 ตามลำดับ ให้การดูแลรักษาตามแนวทาง sepsis bundle โดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การส่องกล้องตรวจและรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) หรือการระบายทางเดินน้ำดีผ่านผิวหนัง (PTBD) ในบางกรณีการดูแลรักษาที่ล่าช้าอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อระบบทางเดินน้ำดี ภาวะไตวายเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด จากสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตในปี 2566-2568 คิดเป็นร้อยละ 2.56, 2.86 และ 0 ตามลำดับ (ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลชุมแพ, 2569)

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีความซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างรวดเร็ว การประเมินสัญญาณชีพอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ต้อง

อาศัยความรู้ ความชำนาญ และการใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมที่สะท้อนถึงการประเมิน การตัดสินใจทางคลินิก การเฝ้าระวังภาวะทรุดลง และการดูแลระยะวิกฤตยังมีจำกัด เนื่องจากพยาบาลในหน่วยงาน มีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตซับซ้อนแตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นต้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากกรณีศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เห็นลำดับการเปลี่ยนแปลงของอาการ ปัญหาสำคัญ การตอบสนองต่อการรักษา และบทบาทของพยาบาลในแต่ละระยะของการดูแล

ดังนั้น จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกระบวนการพยาบาลในแต่ละระยะของการรักษาพยาบาล และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ให้ครอบคลุมการดูแลระยะแรก รับ ระหว่างพักรักษา และระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา พ.ศ. 2569

4.3 เป้าหมาย

ให้การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา พ.ศ. 2569 โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ตลอดจนสามารถดูแลตนเองได้หลังจำหน่ายกลับบ้าน

4.4 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 1 ราย ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมแพ ระหว่างวันที่ 17 ธันวาคม 2568 ถึงวันที่ 17 มกราคม 2569 โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะแรก รับ ระหว่างพักรักษา ระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด

4.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาสถิติรายงาน 5 อันดับแรกโรคของหน่วยงาน และศึกษาข้อมูลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกศึกษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 1 รายเนื่องจากภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตและเร่งด่วนด้านศัลยกรรม หากไม่ได้รับการประเมินการรักษาและการพยาบาลอย่างรวดเร็วเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเสียชีวิตได้

3. ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

4. ศึกษาเอกสารวิชาการ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ด้านกายวิภาค สาเหตุหรือปัจจัย อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

5. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลดังนี้

5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการพยาบาล บูรณาการกับแบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน (Gordon) ประกอบด้วย

5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

5.1.2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

5.1.3 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน)

5.1.4 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

- สภาพทั่วไป

- สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI

- ผิวหนัง ศีรษะ ใบหน้า เล็บ ตา หู จมูก ปาก คอ ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ

5.1.5 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ พร้อมทั้งแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5.1.6 แผนการรักษาของแพทย์

5.1.7 ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา

5.1.8 สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

5.2 วินิจฉัยการพยาบาล

5.3 แผนการพยาบาล

5.4 ปฏิบัติการพยาบาล

5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และทีมการพยาบาล

8. นำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่นอนติดเตียงและผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พร้อมสรุปผลการนำไปใช้ประโยชน์ต่อหัวหน้ากลุ่มงาน และทีมการพยาบาล

9. จัดทำผลงานวิชาการ

4.6 เป้าหมายของงาน/ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคที่นอนติดเตียงและผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม ได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลระยะวิกฤตตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาพยาบาล ได้รับการเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สามารถดูแลต่อเนื่อง และลดการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2. พยาบาลวิชาชีพ นำผลการศึกษาจากการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรายอื่นและโรคอื่นๆ ที่ลักษณะการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกันในกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 1 ราย มีผลสำเร็จดังนี้
ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 84 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 18 เมษายน 2568 เวลา 11.20 น. ด้วยอาการปวดท้องใต้ชายโครงขวา คลื่นไส้อาเจียนตัวเหลือง 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ตรวจร่างกายพบ Murphy sign positive ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) พบเป็นท่อน้ำดีอักเสบร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดี แพทย์วินิจฉัยโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดี (acute cholangitis with CBD stone) พิจารณาให้นอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาที่ตึกศัลยกรรมชาย แกร็บมีไข้สูง 38.7 องศาเซลเซียส อาการปวดท้อง pain score 7/10 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที On Heated Humidified High Flow Nasal Cannula (HHFNC) แพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหาร ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 2 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 19 เมษายน 2568 แพทย์ให้การรักษาด้วยหัตถการ ERCP with EST with Stone Extraction ด้วยวิธีดมยาสลบ ขณะทำหัตถการผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้รับยา amiodarone 150 mg IV มีความดันโลหิตต่ำ 88/44 mmHg MAP 59 ได้รับยา levophed 32 mcg IV แพทย์พิจารณาให้ย้ายหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) สัญญาณชีพก่อนย้าย ความดันโลหิต 140/80 mmHg MAP 100 PR 110 ครั้งต่อนาที เนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลประเมินอาการอย่างใกล้ชิด มีอาการเหนื่อยหอบเป็นพักๆ ร่วมกับมีอาการปวดท้อง ได้ยา fentanyl 25 mcg IV ทุก 6 ชั่วโมง ได้รับยา levophed 4 mg ผสมใน DW 250 ml IV rate 10 ml/hr. หยุดให้ยาในวันที่ 21 เมษายน 2568 ความดันโลหิต 146/83 mmHg MAP 103 mmHg มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ให้ยาปรับประพจน์เพื่อเพิ่มโพแทสเซียม ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 36-38 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีแรงไอซบเสมหะ หยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ แพทย์พิจารณาทำหัตถการ Tracheostomy วันที่ 2 พฤษภาคม 2568 ให้ on ventilator สามารถหยุดหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จวันที่ 6 พฤษภาคม 2568 จึงย้ายกลับตึกศัลยกรรมชาย วันที่ 9 พฤษภาคม 2568 รวมวันนอนรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 21 วัน พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งเป็นระยะแรกรับ ระหว่างพักรักษา และระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

1. ระยะแรกรับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะ Septic shock เนื่องจากเกิดการอักเสบของท่อทางเดินน้ำดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดท้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวล เนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้อง

2. ระหว่างพักรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 การหยาบเครื่องช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสมรรถภาพการหายใจลดลงจากโรค asthma

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลในการดูแลตนเองหลังทำ Tracheostomy

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา โดยใช้กระบวนการพยาบาล ระหว่างการศึกษาได้ทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การเตรียมผู้ป่วยส่งเข้าห้องผ่าตัดเพื่อทำหัตถการ ERCP การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำหัตถการ ERCP แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการส่องกล้อง ERCP และปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง sepsis bundle ตามมาตรฐาน 1 hour bundle สอดคล้องกับ service plan สาขาอายุรกรรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับมีโรคประจำตัวเป็น asthma ไม่สามารถหยาบเครื่องช่วยหายใจได้ แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ บุคลากรทางการพยาบาลได้ให้ข้อมูล แก่ผู้ป่วยและญาติโดยยึดหลักจริยธรรมทางการพยาบาล ชี้แจงประโยชน์จากการเจาะคอให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจ จนผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ผู้ป่วยเจาะคอ ภายหลังเจาะคอ 4 วัน ผู้ป่วยหยาบเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ การวางแผนการจำหน่ายพยาบาลใช้เทคนิคการเสริมพลัง (empowerment) ให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง ได้แก่ ฝึกผู้ป่วยหายใจและไอขับเสมหะ ฝึกการดูดเสมหะ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง และการดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วยบนเตียงแก่ญาติจนเกิดความมั่นใจ สามารถสาธิตย้อนกลับและมีทักษะในการปฏิบัติอย่างถูกต้อง และสามารถย้ายผู้ป่วยไปตึกศัลยกรรมชายเพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย จากการประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ โดยใช้ “Patient Experience Program: PEP” จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในหัวข้อที่เกี่ยวกับบริการพยาบาลระดับดีมาก ร้อยละ 100

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา พ.ศ. 2569 นี้ พยาบาลสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบความครบถ้วนของการปฏิบัติตามแนวทาง sepsis bundle ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยกำหนดให้มีการบันทึกเวลาเริ่มสงสัยหรือวินิจฉัย แนวทาง 1 hour bundle โดยเน้นเวลาเจาะ lactate เวลาเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ เวลาเริ่มให้สารน้ำ และเวลาเริ่มยากระตุ้นความดันโลหิตเมื่อมีข้อบ่งชี้ พร้อมทั้งติดตามผลลัพธ์หลังการรักษา เช่น แนวโน้มของ lactate, MAP, urine output, capillary refill, ระดับความรู้สึกตัว, oxygenation และผลตรวจการทำงานของอวัยวะ เพื่อให้สามารถประเมินได้ว่าตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ หรือผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ภาวะอวัยวะล้มเหลว การดำเนินการดังกล่าวช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ลดความล่าช้าในการรักษา และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

การนำองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน โดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกรณีศึกษาการประเมินผู้ป่วย sepsis การใช้ sepsis bundle การแปลผล lactate การประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะอวัยวะล้มเหลว และการเตรียมผู้ป่วยส่งไปทำหัตถการ ERCP เพื่อให้พยาบาลสามารถเชื่อมโยงความรู้กับสถานการณ์ทางคลินิกและสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ไม่เพียงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยและรักษาเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทสำคัญต่อการลดอัตราการเสียชีวิต การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 ผลกระทบ

6.2.1 ผลกระทบต่อผู้รับบริการ

1) ผลการศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยะวิกฤตอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ failure) เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลันจากการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ ภาวะแทรกซ้อนหลังหัตถการ เช่น ตับอ่อนอักเสบ เลือดออกหรือการติดเชื้อซ้ำ

2) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลขณะใส่ท่อช่วยใจถูกต้องตามมาตรฐานการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาลชุมแพ (WHAPO bundle) ผลลัพธ์ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ และได้รับการฝึกทักษะการดูแลต่อเนื่องจนสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจระดับมาก

6.2.2 ผลกระทบต่อตนเอง

1) ได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุม ได้แก่ ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังทำ ERCP การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะรับไว้รักษาพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ขณะพักรักษา และระยะเตรียมวางแผนจำหน่าย การหาแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกทักษะการดูแลตนเองในการเตรียมตัวก่อนและหลังทำ ERCP และการดูแล Tracheostomy tube (TT-tube) แก่ญาติ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่อกลับบ้าน ทำให้การพยาบาลบรรลุผลลัพธ์การดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2) ได้ทบทวนความรู้ ทักษะการประเมินอาการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และตัดสินใจรายงานแพทย์อย่างรวดเร็ว

3) ได้ทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระยะวิกฤต

6.2.3 ผลกระทบต่อหน่วยงาน/องค์กรพยาบาล

1) การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการศึกษา ผลลัพธ์พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชุมแพ สามารถประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง 1 hour bundle บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด service plan สาขาอายุรกรรม ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยนำเทคนิคการเสริมสร้างพลัง (empowerment) เป็นกระบวนการพัฒนาบุคคลแบบมีส่วนร่วม โดยสร้างให้เกิดความมั่นใจ กล้าตัดสินใจ สนับสนุนแหล่งทรัพยากรและการให้กำลังใจ สามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคที่มีลักษณะการดำเนินโรครวดเร็วและมีความรุนแรง การดูแลรักษาจึงมีความยุ่งยากและซับซ้อน โดยเฉพาะในบริบทการพยาบาลที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพการประเมินอาการในระยะแรก เช่น มีไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ ซึ่งอาจคล้ายกับโรคระบบทางเดินอาหารอื่น ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยล่าช้า อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาด้วยการทำหัตถการ ERCP ซึ่งเป็นการทำหัตถการที่นิยมและสามารถระบายน้ำดีและเอาก้อนนิ่วออกได้ การเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังทำหัตถการอย่างเหมาะสมสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ตับอ่อนอักเสบ เลือดออกและการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดขณะทำ ERCP อาจเกิดจากการแพร่กระจายของน้ำดีที่ระบายออกเข้าสู่กระแสเลือด การประเมินได้อย่างรวดเร็วและให้การดูแลตามแนวทาง 1 hour bundle ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยเกิดภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ใส่ท่อช่วยหายใจนาน 14 วัน แพทย์พิจารณาเจาะคอ พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเจาะคอ โดยยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ นอกจากนี้ การเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องได้ที่บ้าน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยมักมีระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ร่วมกับมีโรคประจำตัว asthma ทำให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยใจไม่สำเร็จ ใส่ท่อช่วยหายใจนาน 14 วัน แพทย์พิจารณาเจาะคอ จากการวิเคราะห์ พบว่า 1) ผู้ป่วยสูงอายุเจ็บป่วยรุนแรง 2) ผู้ป่วยมีอาการปวด ได้รับยาแก้ปวด fentanyl ตลอดเวลา 3) นอนบนเตียงนานเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย อาจส่งผลให้โปรตีนในกล้ามเนื้อสลาย กล้ามเนื้ออ่อนแรงลง ไม่มีแรงไอหรือหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางการแก้ไขคือหน่วยงานควรนำแนวทางการประเมินผู้ป่วยตามแนวคิด ABCDEF bundle มาใช้ประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทุกราย ซึ่งแนวคิดนี้มีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) A - Assess, Prevent, and Manage Pain คือ การประเมินและจัดการความปวด 2) B - Both Spontaneous Awakening Trials (SAT) and Spontaneous Breathing Trials (SBT) คือ เป็นเครื่องมือประเมินความพร้อมการหายใจด้วยตนเองและการหยาเครื่องช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง 3) C - Choice of analgesia and sedation คือการเลือกใช้ยาแก้ปวดและยากล่อมประสาทเหมาะสม 4) D - Delirium: Assess, Prevent, and Manage คือการประเมินและจัดการภาวะเพ้อ 5) E - Early mobility and Exercise คือการให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายโดยเร็ว 6) F - Family engagement and empowerment คือ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและเสริมพลังในการดูแล เพื่อให้สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ป้องกัน

การเกิดภาวะ delirium ลดระยะเวลาการนอน ICU ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ได้รับการฟื้นฟูกลับสู่ภาวะใกล้เคียงปกติมากที่สุด

9. ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาและส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้หรือพัฒนาแนวทาง ABCDEF bundle มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ฟันตัวเร็วขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว
2. การศึกษาวิจัยการนำแนวทาง ABCDEF bundle มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติ จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย จำนวนวันนอน ICU และการฟื้นฟูของร่างกาย เพื่อประเมินผลลัพธ์และปรับปรุงกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวฐิติกาญจน์ มะลิตา สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวฐิติกาญจน์ มะลิตา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... 12 / 11 / 61

(ผู้ขอประเมิน)

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวฐิติกาญจน์ มะลิตา	ไฉ่พ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ย.รศ.

(นางสาวยุเรศ รัตนประภา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

..... หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

(วันที่)..... 13 / ส.ค / 69

(ลงชื่อ)..... 

(นางกิ่งทอง สดายุรัตน์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

(วันที่)..... 13 / ก.ค / 69

(ลงชื่อ)..... 5

(.....(นายธนิตย์ สังคมกำแหง).....)

ตำแหน่ง..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่)..... ๑๕ / ก.ย. / ๒๕๖๙

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง โปรแกรม Early ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ

2. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) มีโอกาสถูกจำกัดให้นอนบนเตียงและจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องมาจากสภาวะการเจ็บป่วยรุนแรง การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายและอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ ได้รับยาระงับความรู้สึก หรือยาระงับประสาท และถูกผูกยึด เมื่อผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลาต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้สังเคราะห์พลังงานของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง โปรตีนในกล้ามเนื้อเกิดการสลายตัว ทำให้กล้ามเนื้อเสื่อมสภาพ เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit-Acquire Weakness: ICUAW) (Singam, 2024) นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงยังสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด ภาวะสับสน และปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น ส่งผลให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Wang, 2023) ดังนั้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญทั้งต่อผู้ป่วยและระบบบริการ

การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (early mobilization) คือ การเริ่มต้นทำกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม ความสำเร็จในการ early mobilization ขึ้นอยู่กับความพร้อมด้านร่างกายและความร่วมมือจากผู้ป่วย (มุขพล ปุณภพ, ธารทนา สุปรียธิติกุล และเดชิต จิระวิชิตชัย, 2568) การ early mobilization หลังเข้ารับการรักษาใน ICU หรือเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ซึ่งเป็นช่วงสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยฟื้นฟูได้เร็วที่สุด และทำให้ร่างกายสามารถกลับเข้าสู่สภาวะคงที่ได้เร็วขึ้น (Himanshu Rawal, 2023) จากการศึกษาของ Ding และคณะศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการเริ่ม early mobilization ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจพบว่า ระยะเวลา 24-72 ชั่วโมง เหมาะสมในการเริ่ม early mobilization และสามารถลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ding et al., 2019) จากการศึกษาของมุขพลและคณะแนะนำให้เริ่ม early mobilization ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 24-96 ชั่วโมงแรก หลังเข้ารับการรักษา ควรมีการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและปรับตามระดับของกิจกรรมตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย (มุขพล ปุณภพ, 2568) จากการศึกษาอย่างเป็นระบบพบว่า การ early mobilization สามารถลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจและลดจำนวนวันนอนใน ICU

การเริ่มการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ซึ่งครอบคลุมมิติการป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลอย่างระมัดระวัง การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ต่างๆ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงคุณภาพการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามหลังการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว หากไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพหรือเปลี่ยนแปลงในระดับที่ยอมรับได้โดยไม่ต้องรักษาเพิ่มเติม เป็นการสะท้อนว่าการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วสามารถทำได้อย่างปลอดภัย ซึ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติ ยอมรับและตระหนักถึงประโยชน์ของการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย จะช่วยส่งเสริมให้กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างเหมาะสม

กรอบแนวคิด FASTHUG คิดค้นโดย ดร.วินเซ็นต์ (Vincent JL, 2005) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยเชื่อว่ากรอบแนวคิดนี้จะเป็นตัวช่วยให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีแนวทางที่ชัดเจน

ทำให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น FASTHUG ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบคือ การให้อาหาร (F: feeding) การดูแลจัดการความปวด (A: analgesia) การควบคุมระบบประสาท (S: sedation) การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ (T: thromboembolic prevention) การจัดท่านอนให้ศีรษะสูงมากกว่า 30 องศา (H: head of the bed elevated) การป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากภาวะเครียด (U: stress ulcer prophylaxis) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (G: glucose control) กรอบแนวคิด FASTHUG มีผู้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมพบว่า อัตราการเกิดปอดอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุพัตรา อุปนิสากร, 2557)

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลชุมแพ เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S เปิดให้บริการผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีศักยภาพในการบริการผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้นครอบคลุม 4 มิติ ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรม early ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ศึกษาจึงสนใจในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรม early ambulation ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย ป้องกันภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

จากผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจส่วนใหญ่มักนอนบนเตียงตลอดเวลา เคลื่อนไหวร่างกายน้อย ซึ่งเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง ความปวดและไม่สบาย บางรายถูกผูกมัดและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากข้อจำกัดดังกล่าว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยตามมา ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด ภาวะสับสน และติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ เปิดให้บริการ 10 เตียง ดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 239, 443 และ 430 รายตามลำดับ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 7.69, 3.52 และ 5.18 วันต่อรายตามลำดับ เนื่องจากการใช้ weaning protocol ช่วยให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น แต่ยังพบอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบอัตรา 4.70, 4.70 และ 5.96 รายตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เกิดแผลกดทับจากการนอนนาน จำนวนวันนอนเฉลี่ย 20 วันต่อราย จากการทบทวนอุบัติการณ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีแรงไอขับเสมหะ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากกลัวอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์หลุด บางรายเกิดจากความปวด บางรายได้รับยาระงับความรู้สึก ด้านพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลขั้นพื้นฐานคือการพลิกตะแคงตัว พยาบาลยังขาดความมั่นใจในการกระตุ้นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากกลัวอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่ในร่างกายเลื่อนหลุด จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงตลอดเวลา เคลื่อนไหวร่างกายน้อย มวลกล้ามเนื้อของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก

3.2 แนวคิด

3.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) พัฒนาโดยโดโรเธีย อี. โอเร็ม (Dorothea E. Orem) เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้

ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยโอเร็มอธิบายว่า บุคคลทุกคนมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือภาวะวิกฤต ความสามารถดังกล่าวอาจลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการประเมินปัญหา วางแผน และให้การพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้มากที่สุด

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกนั่งและเดินโดยเร็ว (early ambulation) เป็นแนวทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม เนื่องจากผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหรือผู้ป่วยวิกฤตมักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากอาการปวด ความอ่อนแรง ความวิตกกังวล หรือการมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองได้อย่างเต็มที่ พยาบาลจึงมีบทบาทในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ความมั่นคงของระบบไหลเวียนโลหิต ระดับความรู้สึกตัว ความเจ็บปวด และความเสี่ยงต่อการหกล้ม ก่อนวางแผนส่งเสริมการลุกเดินอย่างเป็นลำดับขั้น

ภายใต้ระบบการพยาบาลของโอเร็ม (nursing systems) การส่งเสริม early ambulation สามารถประยุกต์ใช้ได้ตามระดับความสามารถของผู้ป่วย ได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory system) สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลให้การช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่า พลิกตะแคง และเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory system) สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มมีความสามารถในการเคลื่อนไหว พยาบาลช่วยพยุงให้ลุกนั่ง ห้อยขา ยืน และเดินในระยะสั้น พร้อมเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative system) สำหรับผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง โดยพยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ เสริมความมั่นใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเดินหรือออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการลุกเดินโดยเร็ว เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบทางเดินหายใจ ลดการเกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) การเกิดแผลกดทับ ภาวะกล้ามเนื้อลีบ และช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการส่งเสริมการลุกเดินโดยเร็ว ทำให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับศักยภาพและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง และสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีและคุณภาพการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

3.2.2 แนวคิด FAST HUG (Vincent, 2005) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบและมีระบบหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรง โดยเชื่อว่ากรอบแนวคิดนี้จะเป็นตัวช่วยให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีแนวทางที่ชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาสำคัญและป้องกันการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ FAST HUG มีองค์ประกอบ 7 ด้าน ดังนี้

1) F - Feeding (อาหาร/สารอาหาร) คือ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารภายใน 24-72 ชั่วโมง จำนวนแคลอรีเป้าหมาย 25 กิโลแคลอรี/กก./วัน โปรตีนเป้าหมาย 1.5-2.0 กรัม/กก./วัน ถ้ารับอาหารผ่านทางเดินอาหารปกติไม่ได้ พิจารณาการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ

2) A - Analgesia (การประเมินและจัดการความปวด) คือ ได้รับการประเมินและจัดการความปวดด้วยเครื่องมือ Critical Care Pain Observation tool (CPOT) จัดการความปวดที่คะแนนมากกว่า 2 คะแนน

3) S - Sedation (การควบคุมระบบประสาท) คือ ได้รับการประเมินความจำเป็นในการใช้ยาควบคุมระบบประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ สุขสบายมากที่สุด ต้องไม่มีประสพการณ์ของความไม่สุขสบาย ทั้งนี้ต้องพิจารณาหยุดยาเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกเช้า

4) T - Thromboembolic prevention (การป้องกันลิ่มเลือดหลอดเลือด) คือ ได้รับการป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตันด้วยยาหรือเครื่องบีบไล่เลือด

5) H - Head of the bed (การจัดท่านอนศีรษะสูง) คือ ปรับเตียงนอนศีรษะสูงไม่น้อยกว่า 30 – 45 องศา ยกเว้นในรายที่มีข้อจำกัด

6) U - Stress Ulcer prophylaxis (การป้องกันการเกิดแผล) คือ การป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากภาวะเครียด โดยดูแลให้ได้รับยากลุ่ม PPI ภายใน 24-72 ชั่วโมง

7) G - Glucose control (การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) คือ การเฝ้าระวังและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 80 - 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

แนวคิด FAST HUG ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์และช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และคุณภาพการพยาบาลได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.2.3 แนวคิด ABCDEF Bundle (ชานนท์ ขนานใต้, 2024) เป็นชุดการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อประเมินและป้องกันกลุ่มอาการหลังภาวะวิกฤตแบบบูรณาการ เน้นลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอน ICU นาน ลดการใช้เครื่องช่วยหายใจ บรรเทาภาวะเพ้อ (delirium) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น โดยเน้นทำงานแบบมีส่วนร่วม มีองค์ประกอบของ ABCDEF Bundle ทั้งหมด 6 ด้าน ดังนี้

1) A - Assess, Prevent, and Manage Pain คือ การประเมินและจัดการความปวด เนื่องจากความปวดเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล นอนไม่หลับ และทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ดังนั้น การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการหลังภาวะวิกฤตได้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องเลือกเครื่องมือประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สามารถจัดการและบรรเทาความปวดของผู้ป่วยได้

2) B - Both Spontaneous Awakening Trials (SAT) and Spontaneous Breathing Trials (SBT) คือ เป็นเครื่องมือประเมินความพร้อมการหายใจด้วยตนเองและการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง

3) C - Choice of analgesia and sedation คือการเลือกใช้ยาแก้ปวดและยากล่อมประสาทเหมาะสม พยาบาลมีบทบาทบริหารยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจึงจำเป็นต้องให้การดูแลและใช้ยาเหมาะสม เพื่าระวังภาวะแทรกซ้อนและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดใช้ยาเมื่อหมดข้อบ่งชี้

4) D - Delirium: Assess, Prevent, and Manage คือการประเมินและจัดการภาวะเพื่อ ภาวะเพื่อส่งผลต่อกระบวนการคิดที่ผิดปกติหากสามารถจัดการภาวะเพื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิด ความบกพร่องทางปัญญาได้

5) E - Early mobility and Exercise คือการให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายโดยเร็ว การจัดให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวโดยเร็วตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารักษา ช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ ลดกระบวนการอักเสบ ยับยั้งการหลั่งสาร IL-6 กระตุ้นการสร้างหลอดเลือดใหม่ (angiogenesis) และกระตุ้นระบบประสาทส่งผลให้การทำงานของร่างกาย กระบวนการคิดและสุขภาพจิตดีขึ้น

6) F - Family engagement and empowerment คือ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและเสริมพลังในการดูแล การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตมีสภาพทางด้านร่างกายอารมณ์และจิตสังคมที่ดีขึ้น พยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

การนำแนวคิด ABCDEF Bundle ผู้ศึกษาเน้นการดูแลระยะ E - Early mobility and Exercise คือ การให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายโดยเร็วโดยพัฒนาโปรแกรม early ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ ให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้รวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเข้าสู่การรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ช่วยฟื้นฟูและคงไว้ซึ่งสมรรถภาพด้านร่างกายผู้ป่วย

3.2.4 กรอบแนวคิดวงจรเดมมิง (Deming cycle) หรือวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) (ยูทหนา เกื้อกูล, 2560) เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนการดำเนินงานเป็นระบบ เหมาะสำหรับการเรียนรู้และการค้นหาองค์ความรู้ที่มีคุณค่า เพื่อการปรับปรุงกระบวนการหรือบริหารงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 P: Plan (การวางแผน) คือ การวางแผนกำหนดปัญหา หรือสาเหตุที่ต้องการแก้ไขของวงจร เป็นการระดมความคิด การเลือกปัญหา การหาสาเหตุของปัญหา จัดทำตารางการปฏิบัติงาน วิธีการดำเนินงาน การตรวจและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยระบุขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

- การกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขให้ดีขึ้นในหน่วยงาน โดยบุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการทบทวน ศึกษา และวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

- เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์และหาสาเหตุของปัญหา เพื่อใช้ในการปรับปรุงแก้ไขกระบวนการทำงาน

- อธิบายปัญหา กำหนดทางเลือก เพื่อให้บุคลากรทุกคนเข้าใจปัญหาและสาเหตุอย่างชัดเจน และมีส่วนร่วมในการระดมความคิดในการแก้ไขปัญหา เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขให้เหมาะสมที่สุด

- เลือกวิธีการแก้ไขและปรับปรุงกระบวนการการทำงานร่วมกัน รับฟังความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคลากร เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 2 D: Do (การลงมือทำ) คือ การนำแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติจริง และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์หาจุดอ่อนและวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะลงมือปฏิบัติ โดยกระบวนการนี้จะต้องมีการกำหนดวิธีปฏิบัติ และขั้นตอนในการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 C: Check (การตรวจสอบ) คือ การตรวจสอบวิธีการปฏิบัติงาน การติดตามผล การวิเคราะห์ และประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการลงมือปฏิบัติ นำผลลัพธ์ที่ได้มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ และหาวิธีพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการจัดลำดับขั้นตอนสำคัญของโอกาสและอุปสรรคต่างๆ ในกระบวนการ โดยขั้นตอนนี้จะเริ่มเมื่อมีการดำเนินการปฏิบัติตามแผน (D:Do) เรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการประเมินผลว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ เทคนิคการตรวจสอบมีดังนี้

- ตรวจสอบวิธีการและระยะเวลาว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่
- ตรวจสอบผลลัพธ์ว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่
- ตรวจสอบว่ามีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นหรือไม่
- รวบรวมและบันทึกข้อมูลที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์และปรับปรุงให้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 A: Action (การดำเนินการหรือการปรับปรุง) คือ การนำสิ่งที่ได้จากการตรวจสอบ (C: Check) มาปรับปรุงแผน หากพบว่าผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ วางแผนขยายผลดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แต่หากพบว่าผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ให้ปรับปรุงกระบวนการและเริ่มดำเนินการตามกระบวนการ PDCA วงรอบใหม่ เพื่อพัฒนาและวางแผนในการปรับปรุงต่อไป

วงจร PDCA จะเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์เมื่อนำผลที่ได้จากขั้นตอนการดำเนินการที่เหมาะสม (A) มาดำเนินการให้เหมาะสมในกระบวนการวางแผน (P) อย่างเป็นวงจร เป็นกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วย

3.3 ข้อเสนอ

ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรม early ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจสำหรับพยาบาลอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ผู้ศึกษาพัฒนาโปรแกรมนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของหน่วยงาน ซึ่งได้จากการทบทวนปัญหาร่วมกันของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ร่วมหาแนวทางการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและสามารถประเมินผลการปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจได้เร็วขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.3.1 วัตถุประสงค์

3.3.1.1 เพื่อพัฒนาโปรแกรม early ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ

3.3.1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและถอดท่อช่วยหายใจได้เร็วที่สุด

3.3.2 กลุ่มเป้าหมาย

3.3.2.1 ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ

3.3.2.2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ

3.3.3 ขั้นตอนการดำเนินการ มีการดำเนินการตามขั้นตอนแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (PDCA) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

3.3.3.1 P: Plan (การวางแผน)

- 1) ศึกษา ทบทวนสภาพปัญหาภายในหน่วยงาน
- 2) ค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ จากตำรา เอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรม Early Ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ
- 3) ยกร่างโปรแกรม early ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ นำเสนอวิธีการดำเนินงาน ต่อผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง
- 4) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ

3.3.3.2 D: Do (การลงมือทำ)

- 1) ประชุมชี้แจงโปรแกรม early ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แก่พยาบาลผู้ใช้งาน ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ได้แก่ วิธีการประเมินผู้ป่วย กิจกรรมตามโปรแกรม early ambulation และการติดตามผลลัพธ์
- 2) ดำเนินการตามโปรแกรม early ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

3.3.3.3 C: Check (การตรวจสอบ) ตรวจสอบกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ ดังนี้

- 1) เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้
- 2) ตรวจสอบกระบวนการปฏิบัติและผลลัพธ์ หากบรรลุเป้าหมายให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แต่หากไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ให้ตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์สาเหตุ และวางแผนปรับปรุงร่วมกันในหน่วยงาน
- 3) วางแผนปรับปรุงแก้ไขกระบวนการทำงานทุก 1-3 เดือน

3.3.3.4 A: Action (การดำเนินการหรือการปรับปรุง)

- 1) ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องและนำแนวทางที่ปรับปรุงใหม่ไปปฏิบัติ
- 2) ประชุมชี้แจงผลการพัฒนาโปรแกรม early ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ สอบถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติและข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพครั้งต่อไป

3.3.4 ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างเดือน ตุลาคม 2569 ถึง กันยายน 2570

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.4.1 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

- โปรแกรม early ambulation ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย

ที่ผ่านการประเมินความพร้อม โดยพยาบาลจะเริ่มปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมเท่านั้น ไม่เหมาะสำหรับการแนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลปฏิบัติตามกิจกรรมเองตามลำพัง เนื่องจากมีความเสี่ยงซึ่งอาจเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วยได้

- ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมได้ แต่ยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาการหายใจและไอนี้ไม่มีประสิทธิภาพ เสมหะมาก ปอดแฟบ เป็นต้น ดังนั้นควรค้นหาสาเหตุและเตรียมวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3.4.2 แนวทางแก้ไข

- ให้ญาติหรือผู้ดูแลรับทราบผลการประเมินความพร้อมก่อนเริ่ม early ambulation และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียง หากมีการเคลื่อนไหวนอกเตียงให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติตาม

- ประสานความร่วมมือจากนักกายภาพบำบัดร่วมประเมินและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 หน่วยงานมีโปรแกรม early ambulation ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจที่เหมาะสม และใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

4.2 ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมแพ ได้รับการประเมินเตรียมความพร้อมสามารถช่วยการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ ลดจำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ และป้องกันอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)

4.3 พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรม early ambulation เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ร้อยละผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการประเมินความพร้อมในการเคลื่อนไหวร่างกายทุกวัน เป้าหมาย: ร้อยละ 100

5.2 ร้อยละผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินความพร้อมในการใช้โปรแกรมฯ สามารถทำกิจกรรมตามระดับ SOMS ที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน เป้าหมาย: มากกว่าร้อยละ 80

5.3 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงอย่างน้อย ร้อยละ 10

5.4 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมฯ มากกว่าร้อยละ 85

(ลงชื่อ)..........(ผู้ขอประเมิน)

(นางสาวฐิติกาญจน์ มะลิตา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... 13 / ส.ค. / 69

ส่วนที่ 3 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวฐิติกาญจน์ มะลิตา

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 224639

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	20
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	24
3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและกรณีทีผลงานนั้นมีผู้ร่วมจัดทำผลงานให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	24
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	9
5. อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทัศนคติ เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	8
รวม	100	85

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- () เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- () ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ)..... ยป/รพ

(นางสาวยุวเรศ รัตนประภา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

(วันที่) 13 / ส.ค. / 69

(ลงชื่อ).....

(นางกิ่งทอง สดายุรัตน์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

(วันที่) 13 / ก.ค. / 69

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

() เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายอนันต์ สังคมกำแหง)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่) 14 ก.ย. 2568

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

(✓) ผ่านการประเมินได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

() ไม่ผ่านการประเมินได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายประจวบ รักแพทย์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

(ตำแหน่ง) ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

(วันที่) 22 ก.ย. 2569

แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวฐิติกาญจน์ มะลิตา

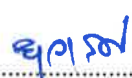
ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 224639

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	20	20
1.1 คุณสมบัติของบุคคล (ปฏิบัติงานด้านพยาบาลวิชาชีพ/เป็นปฏิบัติการไม่น้อยกว่า 5 ปี ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด)	5	5
1.2 ประวัติการศึกษา	2	2
1.3 ประวัติการรับราชการ	2	2
1.4 ประวัติการอบรมดูงาน	2	2
1.5 ประสบการณ์ในการทำงาน	2	2
1.6 ผลการปฏิบัติราชการ (ผลงานย้อนหลัง 3 ปี/การเลื่อนขั้น)	3	3
1.7 ประวัติทางวินัย	2	2
1.8 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ไม่หมดอายุ	2	2
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	24
2.1 มีความรู้ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง	10	8
2.2 มีทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง	10	8
2.3 มีสมรรถนะจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง	10	8
3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมิน	30	24
3.1 ชื่อเรื่อง		มี/ไม่มี
3.2 ระยะเวลาการดำเนินการ		มี/ไม่มี
3.3 ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน	4	3
3.4 สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน	2	2
3.5 ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)	5	4
3.6 การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ	7	6
3.7 ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ	4	3
3.8 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ	4	3

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
3.9 ข้อเสนอแนะ	4	3
3.10 การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)		มี/ไม่มี
3.11 ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)		มี/ไม่มี
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงงานหรือพัฒนางาน	10	9
4.1 เรื่อง		มี/ไม่มี
4.2 หลักการและเหตุผล	2	2
4.3 บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข	5	4
4.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1	1
4.5 ตัวชี้วัดความสำเร็จ	2	2
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร	10	8
5.1 การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์	2	2
5.2 ทักษะ	2	2
5.3 เสี่ยง	2	2
5.4 ภาวะผู้นำ	2	1
5.5 วิสัยทัศน์	2	1
รวม	100	85

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวยุวเรศ รัตนประภา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

(วันที่)..... 13 / ค.ศ. / 69

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... 

(นางกึ่งทอง สดายุรัตน์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

วันที่ 13 / ค.ศ. / 69