



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสระบุรี  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ.ที่ นร ๑๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ ตำแหน่งระดับควบตำแหน่งว่างทุกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากการไปกรณี เกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ศธ ๐๗๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๖ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงาน เพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี จำนวน ๒ ตำแหน่ง ผ่านการประเมินบุคคลฯ จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสายชล ชินชัยพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องคลอด)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มการพยาบาล
๒.	นางสาวจินตนา สมภูว์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

(รายละเอียดแบบท้ายประกาศนี้)

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๙๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา ดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะ ทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายอนันต์ กมลเนตร)  
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล



แบบฟอร์มผลงานฯ

**บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศศคณะกรรมการประเมินบุคคล**  
**เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ**  
**ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสายชล ชินชัยพงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช	๑๘๕๗๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด	๑๘๓๔๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแตกกำเนิด ที่มีถุงน้ำคาวร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคาว ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	เรื่อง การพัฒนาแบบแผนการจัดการอาชญากรรมลักษณะผู้คลอดในระยะรอดคลอดและระยะคลอด				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“ แบบท้ายประกาศ ”				

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ที่มีถุงน้ำคร่าร้าวร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกรหรือถุงน้ำคร่า ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ศึกษาผู้ป่วย : กรณีศึกษา วันที่ 2 กรกฎาคม 2565 – 15 กรกฎาคม 2565  
จัดทำกรณีศึกษา เดือนสิงหาคม 2565 - เดือนพฤษภาคม 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital uterine anomalies) เป็นความผิดปกติในกระบวนการสร้างมดลูกตั้งแต่ระยะตัวอ่อน โดยที่ท่อ paramesonephric (Müllerian ducts) ทั้งสองจะต้องหลอมรวมเข้าด้วยกันเป็นเนื้องอกมดลูกเดียว แต่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้สมบูรณ์ ทำให้มดลูกมีความผิดปกติในลักษณะต่างๆ หากเกิดการอุดตันของท่อ จะแสดงอาการปวดท้องน้อย ปวดประจำเดือน อาจมีรูเปิดเล็ก ๆ ที่เชื่อมถ่ายความสามารถเจริญขึ้นไปทำให้เกิดการติดเชื้อได้ (infected hematocolpos) การวินิจฉัยที่แม่นยำในการดูแลรักษา ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่พบบ่อย ได้แก่  
1) Arcuate uterus ลักษณะที่โครงสร้างมดลูกมีรอยคอดที่ fundus บริเวณแนวกลางเล็กน้อย 2) Septate uterus เป็นความผิดปกติที่มีผนังกั้นมดลูก 3) Bicornuate uterus มีรอยคอดที่บริเวณ fundus  $\geq 1$  เซนติเมตร Vagina และ cervix มากปกติ และ 4) Double uterus หรือ Uterine didelphys ที่เรียกว่าไปร่วมมดลูกแฝดสามารถแยกจาก Bicornuate ได้จากการตรวจร่างกายพบปากมดลูก 2 ตำแหน่ง ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติไม่ได้มีผลยับยั้งการตั้งครรภ์หรือการฝังตัวของตัวอ่อน แต่จากความผิดปกติทำให้พื้นที่ในมดลูกมีจำกัด ทำรักในครรภ์ที่กำลังพัฒนาจึงอาจมีพื้นที่ไม่เพียงพอที่จะเติบโต เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด และทำรักเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Fetal growth restriction) (รังสรรค์ เดชนันพิพัฒน์ และโอลกาส เศรษฐบุตร, 2563) การรักษาขึ้นกับอาการและลักษณะของความผิดปกติ การผ่าตัดจะทำในกรณีที่มีอาการหรือการตั้งครรภ์ไม่เพียงประสงค์ที่สมพนธ์กับความผิดปกติ

ภาวะถุงน้ำคร่าร้าว ก่อนกำหนด (preterm premature rupture of membranes) หมายถึง ภาวะถุงน้ำคร่าร้าว ก่อนการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ตั้งแต่  $24^{0}/7$  สัปดาห์ ถึง  $36^{6}/7$  สัปดาห์ สาเหตุส่วนใหญ่แล้วมักจะไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง อาจมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างร่วมกันทำให้เกิดภาวะถุงน้ำคร่าร้าว ก่อนการเจ็บครรภ์ เช่น การอ่อนแอของเยื่อหุ้มถุงน้ำคร่า มีแรงเฉือนจากการมีการหดรัดตัวของมดลูก เป็นต้น แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อย ๆ ดังนี้ การติดเชื้อในโครงสร้างมดลูก มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน โดยเฉพาะการมีประวัติถุงน้ำคร่าร้าว ก่อนการเจ็บครรภ์คลอดในครรภ์ก่อนที่คลอดก่อนกำหนด มดลูกมีความตึงตัวมากกว่าปกติ เช่น ครรภ์แฝด หรือครรภ์แฝดน้ำ ภาวะติดเชื้อโรคที่ซ่องทางคลอด ผู้ป่วยเคยผ่าตัดทำ conization ของคอมมดลูก สถิติตั้งครรภ์ที่เศรษฐีต่างประเทศ สถิติที่สูงกว่า ร้อยละตั้งครรภ์ และสถิติที่เคยได้รับการเย็บผูกคอมมดลูกแบบฉุกเฉิน

ภาวะแทรกซ้อน (Pregnancy complication) พบได้ทั้งในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ได้แก่ Chorioamnionitis Placental abruption Cord prolapsed Fetal death Postpartum endometritis Morbidity related to preterm birth Pulmonary hypoplasia Musculoskeletal

การรักษา (Management) จะรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อวินิจฉัยได้ ทบทวนเรื่องอายุครรภ์ และประวัติการฝากครรภ์ ตรวจหน้าท้องขณะเนชนาดทารก และตรวจหาส่วนนำ ประเมินสุขภาพของทารก ในครรภ์ ส่วนการตัดสินใจว่าจะให้ผู้ป่วยคลอดเมื่อใดนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อายุครรภ์และสุขภาพ ของทารกในครรภ์ หากพบว่ามีการติดเชื้อในโพรงมดลูก มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หรือพบว่าทารก อุยในภาวะที่เสี่ยงอันตรายโดยเฉพาะจากการถูกกดทับของสายสะตอ ควรให้คลอดโดยเร็วโดยไม่คำนึงถึง อายุครรภ์ ในกรณีที่ไม่มีภาวะที่ต้องรีบคลอดดังกล่าว ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการคลอดจะขึ้นอยู่กับ อายุครรภ์ ซึ่งในปี 2007 ACOG ได้ให้คำแนะนำดังนี้ กลุ่มที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป แนะนำให้ซัก นำให้คลอดเลย โดยให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย group B Streptococcus ด้วย กลุ่มที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 32 - 33 สัปดาห์ หากนำน้ำคราที่ได้จากช่องคลอดไปทดสอบความเจริญของปอด แล้วพบว่าปอดของทารกเจริญดีแล้ว ให้พิจารณาขักนำให้คลอด แต่ถ้าหากไม่สามารถทดสอบความเจริญ ของปอดของทารกได้ หรือทดสอบแล้วพบว่าปอดของทารกยังไม่เจริญดีพอกว่าให้รักษาแบบประคับประคอง (expectant management) โดยควรให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยผู้เชี่ยวชาญ บางท่าน กลุ่มที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 - 31 สัปดาห์ ควรให้การรักษาแบบประคับประคอง (expectant management) เป็นหลัก โดยพยายามยืดอายุครรภ์ให้ถึง 33 สัปดาห์ หากไม่มีข้อบ่งชี้ให้รีบคลอด กลุ่มที่ อายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ ถือว่าเป็นช่วงที่ทารกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเลี้ยงให้รอดได้หากคลอด สามารถให้ทางเลือกได้ทั้งการรยุติการตั้งครรภ์หรือการรักษาแบบประคับประคอง โดยให้ผู้ป่วยเลือกหลังจาก ที่ได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างดีแล้วถึงการพยากรณ์โรค ข้อดีข้อเสียจากวิธีการรักษาแต่ละวิธีดังกล่าว

การพยาบาล ใส่ผ้าอนามัย สังเกตจำนวน สี กลิ่นของน้ำครา ถ้ามีน้ำเดินตลอดรายงานแพทย์ รับทราบ ดูแลให้พักผ่อนบันเทิงและหลีกเลี่ยงการตรวจภายใน ประเมินสุขภาพทารกโดยการทำ NST ฟัง FHS และจับ contraction ทุก 2-4 ชั่วโมง วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อ ดูแลให้ยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุนการทำงานของปอดทารกในครรภ์ ดูแลให้ยา ปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ สังเกตอาการแสดงของการติดเชื้ออีกเช่นไอลัชิต อธิบาย ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ผลกระทบต่อมาตราและทารกในครรภ์ และความสำคัญของการปฏิบัติตาม คำแนะนำ หากกรณีจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ ต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทั้งทีมสหสาขา อุปกรณ์เครื่องมือและเตียงในหอบริบาลทารกคลอดก่อนกำหนด

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 หลักการและเหตุผล

ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital uterine anomalies) ชนิด Bicornuate และ Didelphys (Double uterus) จัดเป็นภาวะเสี่ยงสูงในการตั้งครรภ์ เนื่องจากความผิดปกติทำให้พื้นที่ในมดลูกมีจำกัด ทารกในครรภ์ที่กำลังพัฒนาจึงอาจมีพื้นที่ไม่เพียงพอที่จะเติบโต เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Fetal growth restriction) ความชุกไม่สามารถระบุได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนนี้ไม่แสดงอาการ (รังสรรค์และโօภาส, 2563)

ภาวะถุงน้ำคร่ารัวก่อนกำหนด (Preterm Premature rupture of Membrane) ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ถึงก่อน 37 สัปดาห์ เป็นภาวะที่ขับข้อน้ำออกจากภายในท้องหรือเป็นผลมาจากการอักเสบของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่า (Intra-amniotic infection หรือซีอเดมเรียกว่า Chorioamnionitis) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด การตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่แข็งตัว อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ หากได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม ไม่ทันเวลา สำหรับทารกที่คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบทำให้ น้ำหนักตัวน้อย เติบโตช้าในครรภ์ เพิ่มโอกาสในการเกิด Early-onset neonatal sepsis, Neonatal pneumonia และมีภาวะหายใจลำบาก (Pulmonary hypoplasia Respiratory distress) เลือดออกในช่องสมอง (Intra ventricular Hemorrhage) รวมถึงส่งผลกระทบในระยะยาวต่อทารกได้ เช่นภาวะ Bronchopulmonary dysplasia หรือภาวะ Cerebral palsy นำไปสู่อัตราการเสียชีวิต (Mortality) และภาวะทุพพลภาพ (Morbidity) จำเป็นต้องให้การอภิบาลรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ต้องใช้เทคโนโลยีทันสมัย ค่าใช้จ่ายสูง

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสระบุรี 3 ปีย้อนหลัง ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 (ตุลาคม 2564 - มิถุนายน 2565) มีผู้มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสระบุรีที่มีภาวะมดลูกเจริญผิดปกติไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน แต่มีจำนวนผู้คลอดที่มีภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด ดังนี้ 673, 139 และ 209 รายตามลำดับ มีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่า คิดเป็นร้อยละ 1.34, 2.88 และ 0.85 ตามลำดับ มีการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 10.09, 10.25 และ 11.36 ตามลำดับ และมีอัตราตายปริกำเนิด คิดเป็น 3.38, 3.55 และ 3.88 ต่อ 1,000 การเกิด มีชีพ ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มไม่ลดลง ปัจจุบันมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติการรักษา แต่ยังไม่ครอบคลุม กระบวนการรักษาพยาบาลทั้งหมด บทบาทของพยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิด จำเป็นต้องมี การพัฒนาความรู้ ทักษะให้เกิดความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง สามารถประเมิน ภาวะสุขภาพทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ คาดการณ์การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นโอกาสในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะ ครรภ์เสี่ยงสูงนี้ ให้มีความครอบคลุม ทันสมัย มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผู้คลอดและทารก ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายปริกำเนิด ลดค่าใช้จ่ายทั้งของโรงพยาบาลและของ ครอบครัว

#### 4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการวางแผนให้การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ที่มีถุงน้ำคร่าร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่า ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ก่อนกำหนด ให้มีความครอบคลุม ผู้คลอดและทารกได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

#### 4.3 เป้าหมาย

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ที่มีถุงน้ำคร่าร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่า ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด ให้มีความครอบคลุมองค์รวม ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

#### 4.4 สรุปสาระ

กรณีศึกษารายนี้ หญิงไทย อายุ 33 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศាសนาพุทธ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ รับราชการ (พยาบาลวิชาชีพ) ครรภ์แรก อายุครรภ์ 30<sup>4/7</sup> สัปดาห์ by U/S, LMP 1 ธันวาคม พ.ศ.2564 EDC 7 กันยายน พ.ศ.2565, ANC คลินิกรวม 7 ครั้ง, USG เมื่ออายุครรภ์ 13<sup>2/7</sup> สัปดาห์ พน Double uterus ผลการตรวจเลือดปกติ HBsAg negative, VDRL non-reactive, Anti HIV negative, Blood group A Rh-positive, Hematocrit 34% ระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติ มาโรงพยาบาลด้วยมีน้ำใส่ปัสสาวะออกทางช่องคลอด เป็นผ้าอนามัย 1/3 แผ่น เมื่อเวลา 14.00 น. วันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ.2565 ไม่เจ็บครรภ์ แรกรับ ลูกดันดี ไม่บ่นเจ็บครรภ์ มีน้ำเดินสีใสออกซุ่ม ผ้าอนามัย 3 แผ่น ทำ NST: reactive มี mild Uterine contraction (UC) ให้ยากระตุ้นปอดทารก Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 hr x 4 dose ทุก 3-4 นาทีเริ่ม Adalat 1 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose จากนั้น 2 tab ทุก 6 hr ให้ดันน้ำดื่มน้ำ 5%D/W 1,000 ml IV drip 100 mL/hr ผล CBC WBC 17,660/uL, N 90%, UA WBC 0-1 cell/HPF, ketone 3+ เริ่ม Ampicillin 2 qm IV stat then 1 qm IV ทุก 4 hr x 2 days, Azithromycin 2 tabs oral stat ให้ Adalat 1 tabs oral ทุก 15 นาที รวม 4 dose เวลา 18.00 น. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส มี moderate UC duration 50 sec interval 3 min รายงานแพทย์ให้ งด Adalat เริ่ม 5%D/W 1,000 ml + Bricanyl 10 amp IV drip start 30 mL/hr on Electronic Fetal Monitoring (EFM), FHS 146-158 ครั้ง/นาที ผู้คลอดมีใจสั่น HR 110 ครั้ง/นาที เวลา 22.00 น. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ.2565 น้ำเดิน มีก้อนเลือดเล็กปน ออก 2 แผ่น ไม่เจ็บครรภ์ ลูกดันดี NST: reactive EFM show moderate UC duration 30 sec interval 15 min off IV fluid ให้ดันน้ำดื่มน้ำระหว่างเมื่อ ให้ Bricanyl เพิ่ม 40 mL/min ผู้คลอดมีใจสั่น HR 100-110 ครั้ง/นาที FHS 144-156 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.6-37.1 องศาเซลเซียส วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2565 มีน้ำเดินใส ออก 2 แผ่นไม่ซุ่ม มีก้อนเลือดเล็กปน 2 ก้อน ไม่เจ็บครรภ์ ลูกดันดี มี mild UC นาน ๆ ครั้ง ให้ Bricanyl drip rate 30 mL/min ได้ Dexamethasone

ครรบ วางแผนปล่อยคลอด amoxycillin 500 mg 1 tab oral t.i.d. pc จนครรบ 7 วัน, Azithromycin 1 tab oral OD จนครรบ 7 วันไม่เจ็บครรภ์ ลูกดิ้นดี FHS 144-156 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-37.30 องศาเซลเซียส วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ.2565 มีน้ำเดินใส 2 ผื่นไม่ชุ่มไม่มีเลือดออก ไม่เจ็บครรภ์ ลูกดิ้นดี no UC ลด rate bricanyl 30 mL/hr, NST: reactive เวลา 10.00 น. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส ผล CBC WBC 15,730/uL, N 82.4% ให้ดัน้ำดอาหารไว้ off bricanyl เริ่ม Ampicillin 2 qm IV ทุก 6 hr วางแผนยุติการตั้งครรภ์ อธิบายผู้คลอดและครอบครัวรับทราบแผนการรักษา plan go on labor vaginal delivery เวลา 14.00 น. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.9 องศาเซลเซียส มีก้อนเนื้อคล้ายเศษรกขนาดประมาณ 3 เซนติเมตร วางแผนยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดอธิบายสามีและผู้คลอดรับทราบ สูติแพทย์ให้คำแนะนำเรื่องหารกมีความเสี่ยง เนื่องจากอายุครรภ์ 31 สัปดาห์ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ หลังคลอดต้องแยกหารกไปห้องปฏิบัติการแยกเกิด ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจยอมรับการผ่าตัด รายงานกุมารแพทย์รับทราบเตรียมรับเด็ก ประสานส่งต่ออาการ NICU. เตรียมรับหารกและเตรียม Incubator ประสานส่งต่ออาการสูติกรรมหลังคลอดเตรียมย้ายหลังผ่าตัด ตรวจ ATK negative set OR emergency for GA 31 wks with Double uterus with Prolong Premature Rupture of Membranes with Chorioamnionitis 送 ไปผ่าตัด เวลา 15.00 น. ได้ Gentamycin 240 mg IV metronidazole 500 mg IV ก่อนไป FHS 138 ครั้ง/นาที การผ่าตัดที่ได้รับ : Cesarean section under GA. EBL 500 mL คลอดหารกเพศชาย เวลา 15.43 น. APGAR score 8-9-10 น้ำหนัก 1,620 กรัม กุมารแพทย์ใส่ท่อหายใจส่งห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (NICU) หลังคลอดออกจากห้องผ่าตัด ย้ายไปสูติกรรมหลังคลอด เวลา 18.00 น. ให้ดัน้ำดอาหาร มีแพลผ่าตัดหน้าห้องปิด fixomull ไม่มีเลือดซึม مدลูกระดับสามดีอ on 5%D/N/2 1,000 mL + syntocinor 20 unit IV rate 120 mL/hr, Ampicillin 2 qm IV ทุก 6 hr, Gentamycin 240 mg IV OD, Dynastat 1 amp IV ทุก 12 hr, Morphine 3 mg IV prn ทุก 6 hr ขณะรับผู้คลอดไว้ในความดูแล พบปัญหาทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนคลอด 1) ผู้คลอดและหารกในครรภ์มีโอกาสได้รับอันตรายจากการคลอดก่อนกำหนด ให้การพยาบาลโดยประสานสูติแพทย์เพื่ออธิบาย สร่าวว่าการเจ็บป่วย แนวทางและเป้าหมายการรักษาแก่ ผู้คลอดและครอบครัว เปิดโอกาสให้ข้อมูล ให้ผู้คลอดและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกแผนการรักษา และเสริมสร้างพลังอำนาจให้กำลังใจการวางแผนการดูแลตนเองในสถานการณ์ การแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 รายงานกุมารแพทย์รับทราบเบื้องต้น เพื่อเตรียมพร้อมการดูแลหารก คลอดก่อนกำหนดและสำรองเตียง NICU (Incubator) ไว้ หาก NICU ไม่มีเตียงว่าง ต้องประสานส่งต่อ ผู้คลอดไปยังสถานบริการ/โรงพยาบาลอื่นที่มีเตียงและศักยภาพพร้อมให้การดูแลหารกคลอดก่อนกำหนด ประเมินภาวะสุขภาพหารกในครรภ์ ติดตามประเมินและบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจหารกในครรภ์ และการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง แนะนำผู้คลอดในการสังเกต และนับการตื้นของหารกในครรภ์ ถ้าลูกดิ้นน้อยลงให้แจ้งพยาบาลรับทราบ ตรวจ NST : Non Stress test และวิเคราะห์ผล หากพบความผิดปกติ

ของอัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ (Non-reactive) ให้รับรายงานแพทย์ เตรียมและช่วยเหลือสูดแพทย์ในการตรวจประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ การทำ Ultrasound ดูแลให้ผู้คลอดนอนพักผ่อนบันเทิง จำกัดการทำกิจกรรม หลีกเลี่ยงการลูกเดินโดยไม่จำเป็น เพื่อลดการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกป้องกันถุงน้ำรั่วหรือแตกมากขึ้น ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน หลีกเลี่ยงการกระตุ้นหัวนม เช่น ถูสบู่เนื่องจากจะไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารออกซิโตซิน ทำให้มดลูกหดตัว การรักษาความสะอาดร่างกายจะช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกสบาย และผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงการตรวจภายใน หากจำเป็นต้องประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ตรวจภายในด้วยความนุ่มนวล ดูแลให้หงุดน้ำงดอาหารให้สารน้ำ 5%D/N/2 1,000 ml IV drip 100 ml/hr ตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา Corticosteroid (Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 hr x 4 dose) เพื่อกระตุ้นปอดทารกในครรภ์เร่งการสร้างสาร Surfactant ช่วยลดและป้องกันภาวะ Respiratory Distress Syndrome และเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อให้ Antibiotic drugs: Ampicillin, Azithromycin ป้องกันการติดเชื้อ ทั้ง Gram positive และ Gram negative และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ห้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดงตามตัว ให้ Tocolytic drugs: Adalat รับประทานเพื่อป้องกันและระงับอาการเจ็บครรภ์ หลัง off Adalat ให้ Bricanyl หยดทางหลอดเลือดดำ บริหารยาโดยผ่านเครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ ปรับเพิ่มปริมาณการไหลตามการหดรัดตัวของมดลูก ขนาดตามแผนการรักษา อธิบายผู้คลอดให้รับทราบอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น หน้าแดง หัวใจเต้นเร็ว จะมีอาการมากในระยะแรก ร่างกายจะต่ออยู่ ปรับตัวแล้วอาการเหล่านี้จะหายไปเอง ต้องเฝ้าระวัง pulmonary edema ดูแลความสุขสบายและจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการผ่อนคลายและพักผ่อนได้เพียงพอ ลดการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ประเมิลผลหลังให้การพยาบาล ผู้คลอดบอกไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ลูกดันตี มีห้องตึง หลังให้ Adalat 4 dose ยังมี uterine contraction ปรับเปลี่ยนยาเป็น Bricanyl หยดทางหลอดเลือดดำเริ่ม 40 หยด/นาที ผู้คลอดมีอาการใจสั่น มือสั่น HR 108-118 ครั้ง/นาที ในช่วง 3 ชั่วโมงแรก จากนั้นทุเลาอาการใจสั่น HR ลดลง 92-98 ครั้ง/นาที FHS 140-158 ครั้ง/นาที สามารถให้ Bricanyl ได้ต่อเนื่อง ยืดอายุครรภ์ต่อไปได้ 72 ชั่วโมง 2) ผู้คลอดและทารกในครรภ์มีโอกาสได้รับอันตรายจากการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำครรภ์ ให้การพยาบาลโดยอิbihai ให้ผู้คลอดรับทราบความเสี่ยงและอันตรายของภัยติดเชื้อจากภาวะถุงน้ำครรภ์ร้าว แผนการรักษาและปฏิบัติตัวการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบ เปิดโอกาสให้ชักดาม และร่วมวางแผนการดูแลตนเอง ขณะรอคลอดในโรงพยาบาล แนะนำเรื่องการรักษาสุขวิทยาส่วนบุคคล สมรรถนะอนามัยและทำความสะอาด วิวัฒนาพันธุ์ทุกครั้งหลังขับถ่าย กระตุ้นให้ดีมีน้ำมาก ๆ ไม่กลืนปัสสาวะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ประเมินและบันทึกลักษณะน้ำดิน สี, กลิ่น, ปริมาณ และแนะนำผู้คลอดในการสังเกตสิ่งผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล ติดตามระยะเวลาการร้าวหรือแตกของถุงน้ำครรภ์ เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ ประเมินและติดตามการนับถูกดันอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ ดูแลให้ Antibiotic drugs (Ampicillin+ Azithromycin) ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจนครบ course ติดตามผล

การตรวจห้องปฏิบัติการ CBC, UA วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของ WBC เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ ประเมินผลหลังให้การพยาบาล หลังเข้ารับการรักษาให้ Ampicillin+ Azithromycin ทันทีไม่มีอาการ ผิดปกติหลังให้ยา มีน้ำเดินสีใสเป็นเลือดจากออกลูน้อยลง 1-2 ผื่น/วันไม่ซ้ำ แต่มีก้อนเลือดคล้ายเศษราก ออกบานเล็กน้อยเป็นบางวัน ลูกดีนตีมากกว่า 10 ครั้ง/วัน FHS ปกติ 140-156 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพผู้คลอด ปกติ จนกระทั่งวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ไม่มีอาการและอาการแสดงของ Chorioamnionitis มีไข้ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส แพทย์วางแผนยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัด 3) ผู้คลอดและครอบครัวมีความวิตก กังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารกในครรภ์เนื่องจากยังไม่ครบกำหนดคลอด ให้การพยาบาลโดย สร้างสมมติภาพตั้งแต่แรกรับ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายให้รับทราบเบื้องปฏิบัติของโรงพยาบาล ในสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อโคโรนาไวรัส การงดเยี่ยม อำนวยความสะดวกในการเยี่ยมพูดคุย ให้กำลังใจผ่านโทรศัพท์ เปิดโอกาสให้ซักถาม รายบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจ พูดคุยให้กำลังใจ แจ้งให้ผู้คลอดทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลหรือการรักษา เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจเหตุผลและรับรู้ ความเป็นจริงเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด และภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ แนะนำการใช้เทคนิค การผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การกำหนดลมหายใจ การทำสมาธิ พูดคุยกับบุตรในครรภ์ การอ่านหนังสือ เพื่อช่วยคลายความวิตกของกังวล ประเมินผลหลังให้การพยาบาล ผู้คลอดและครอบครัว คลายวิตกกังวลให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง 4) แบบแผน การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ต้องรับบทบาทมาตราที่คลอดก่อนกำหนด ให้การพยาบาลโดยอธิบายพยาธิ สภาพของมารดาและทารกที่คลอดก่อนกำหนด แผนการรักษาและการปฏิบัติตัว การเตรียมตัวดูแลทารกที่ คลอดก่อนกำหนดแก่ผู้คลอดและครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย สื่อสารแผนการรักษาพยาบาล เป็นระยะและทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนข้อมูลแผนการรักษา เสริมสร้างพลังอำนาจให้มั่นใจในศักยภาพของ ตนเอง ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และแนวทางการดูแลตนเองและทารก เพื่อจะได้ เพชญ์กับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินผลหลังให้การพยาบาล ผู้คลอดเป็นพยาบาลมี ความเข้าใจเรื่องพยาธิสภาพ แผนการรักษาและให้ความร่วมมือดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในช่วง วันแรกนอนไม่หลับ แต่เมื่อทำใจได้ยอมรับสภาวะการเจ็บป่วย เตรียมพร้อมในการต้องดูแลทารกคลอด ก่อนกำหนด สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

ระยะคลอด 1) ทารกมีภาวะ Birth Asphyxia จากการคลอดก่อนกำหนดและการติดเชื้อ ถุงน้ำคร่าหรือเยื่อหุ้มทารก ให้การพยาบาลโดยจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยพื้นคืนชีพทารกและ Transport incubator ให้พร้อม รายงานกุมารแพทย์เตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือทารกทันทีที่คลอดใน ห้องผ่าตัดและประสานเจ้าหน้าที่ห้องป่ายหนักทารกแรกเกิดเตรียมเตียง/Incubator รองรับ เมื่อเตรียมทำคลอด เปิดเครื่องให้ความอบอุ่น (warmer) บนรถบดีบัลทารก ดูแลให้ผู้คลอดได้รับ Antibiotic drug Gentamycin 240 mg IV metronidazole 500 mg IV ก่อนไปห้องผ่าตัด เพื่อช่วยลดปัญหาการติดเชื้อ หลังคลอดและการติดเชื้อในทารก เมื่อคลอดศีรษะ ดูดเสมหะที่ปากและจมูกให้หมด เพื่อป้องกันการสูด

สำลักน้ำคร่าและเมือหารกคลอดห้งตัว จัดให้ารกເอີງหน้าดูดสิ่งคัดหลังที่ปากและจมูก เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่งและป้องกันการสูดสำลักสิ่งคัดหลังเข้าสู่ทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ เช็ดตัวหากให้แห้งและกระตุนให้ารกร้อง ช่วยให้ปอดขยายตัวและมีการหายใจดีขึ้น ให้การพยาบาลหารกบันรถบริบาลหารกที่เปิด warmer เตรียมไว้ จัดท่าหารกนอนศีรษะต่ำ 15-30 องศา เพื่อให้สิ่งคัดหลังไม่หลอกได้สะดวกและป้องกันการสูดสำลักสิ่งคัดหลังเข้าสู่ทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ ประเมิน APGAR Score ของหารกแรกเกิด นาทีที่ 1-5-10 ให้ออกซิเจน Box 8-10 ลิตรต่อนาที และเฝ้าระวังการหายใจ รายงานกุมารแพทย์เพื่อช่วยเหลือทันทีที่ผิดปกติ ช่วยเหลือกุมารแพทย์ในการแก้ไขอาการวิกฤติของหารก การใส่ท่อช่วยหายใจในห้องผ่าตัด ดูแลรับต่อหารกแรกเกิดไปหอผู้ป่วยหนักหารกแรกเกิดด้วย Transport incubator ประเมินผลหลังให้การพยาบาล หารกเพศชาย คลอดเวลา 15.43 น. APGAR score 8-9-10 น้ำหนัก 1,620 กรัม หายใจเร็ว หลังใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก หารกมีอาการเขียวปลายมือปลายเท้า ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 81-84% รับน้ำส่งหอภิบาลผู้ป่วยหนักหารกแรกเกิดเพื่อการดูแลที่เหมาะสม 2) หารกมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิกายลดต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมการทำงานของร่างกายทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ให้การพยาบาลโดยเตรียมเครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแฟร์รังสี (Radiant warmer) โดยปรับอุณหภูมิที่ 36.5 – 37 องศาเซลเซียส และปูผ้าอุ่น 2 ผืนบน Radiant warmer เพื่อรับหารกเมือคลอด ประเมินและบันทึกอุณหภูมิกาย สังเกตการหายใจ และ อาการเขียว ปลายมือ ปลายเท้า เพราะเป็นอาการที่บ่งชี้ว่า หารกอุณหภูมิกายต่ำเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง เปเลี่ยนผ้าห่อตัวเด็กที่เปียกชื้น ดูแลให้ร่างกายหารกแห้งอยู่เสมอ และให้ความอบอุ่นห่อผ้าให้มิดชิด ดูแลเคลื่อนย้ายหารกไปหอภิบาลผู้ป่วยหนักหารกแรกเกิด ภายใต้การควบคุมอุณหภูมิที่ 36.5 – 37 องศาเซลเซียส ประเมินผลหลังให้การพยาบาล หารกหลังใส่เครื่องหายใจ มีปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการเต้นหัวใจ 120 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกายหารก 36.6 องศาเซลเซียส ก่อนนำส่งหอผู้ป่วยหนักหารกแรกเกิด 3) ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนและหารกในการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ให้การพยาบาลโดยอธิบายให้ผู้คลอดและครอบครัวรับทราบความจำเป็นของ การยุติการตั้งครรภ์จากการติดเชื้อ ก่อนลงนามยินยอมรับการผ่าตัด ดูแลให้หงดนมและอาหารทางปาก ให้สารน้ำและ Antibiotic Gentamycin 240 mg IV, Metronidazole 500 mg IV ตามแผน การรักษา จองเลือดให้พร้อม ส่งตรวจ rapid antigen test / Antigen test kit เร่งด่วน ประสานทีม ห้องผ่าตัด เพื่อเตรียมทีมผ่าตัดฉุกเฉิน และประสานทีมพยาบาลสูติกรรมหลังคลอดเพื่อเตรียมรับผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอด เตรียมร่างกายผู้คลอดทำความสะอาด ใส่สายสวนปัสสาวะ เปเลี่ยนชุด ตรวจสอบป้ายข้อมูล เวชระเบียน ดูแลเคลื่อนย้ายผู้คลอดไปห้องผ่าตัด เมื่อทีมพร้อม ประเมินผลหลังให้การพยาบาล ผู้คลอดมีความเข้าใจแต่ยังกังวลเรื่องบุตร ร่วมมือในการเตรียมตัวผ่าตัดดี การผ่าตัดที่ได้รับ Cesarean section under general anesthesia EBL 500 ml

ระยะหลังคลอด 1) ผู้คลอดมีโอกาสตกลงเหลือดหลังคลอด เนื่องจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี มีการติดเชื้อถุงน้ำครรภ์หรือเยื่อหุ้มทารก ให้การพยาบาลโดยประเมินการหดรัดตัวของมดลูก คลึงมดลูกอย่างนุ่มนวล ให้มีลักษณะเป็นก้อนกลมแข็ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับยอดมดลูก โดยปกติจะเคลื่อนที่ลง เฉลี่ยวันละ 0.5-1 นิ้ว ประเมินการเสียเลือดในช่องท้องได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืด และการเสียเลือดทางช่องคลอด ได้แก่ ปริมาณเลือดบนผ้าอนามัย ลักษณะมากกว่า 1 ผืน/ชั่วโมง ให้รับรายงานแพทย์ใส่สายสวนปัสสาวะเอาไว้ใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ดูแลให้ได้รับยา Antibiotic drugs (Ampicillin) ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, Hematocrit ประเมินผลหลังให้การพยาบาล ผู้คลอดเสียเลือดขณะผ่าตัด ประมาณ 500 มิลลิลิตร ไม่มีอาการ อาการแสดงของการตกเลือด แพลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด น้ำคาวปลาสีแดงสด คลำมดลูกได้ เหนือหัวหน่า 2 นิ้ว ลักษณะกลมแข็ง ย้ายผู้คลอดไปสูติกรรมหลังคลอดเวลา 18.00 น. 2) เสียงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระบบความรู้สึกขณะผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยประเมินระดับความรู้สึกตัว ลักษณะของการหายใจและรีเฟล็กซ์ หากพบผิดปกติ รีบให้ออกซิเจนทันที ดูแลห่างเดินหายใจให้โล่ง โดยการจัดท่านอน เมื่อรู้สึกตัวดี vital signs ปกติจัดให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา กระตุนให้พลิกตัวทุก 1-2 ชั่วโมง กระตุนให้ทำ deep breathing และ effective coughing ดูแลให้บ้านปาก หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ดูแลให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา ประเมินผลหลังให้การพยาบาล ผู้คลอดมีอาการเวียนศีรษะคลื่นไส้ขณะเคลื่อนย้ายลงเตียง หลังจัดท่านอนให้บ้านปาก ทุเลาอาการ ไม่มีอาการอาการแสดงการอุดกั้นของทางเดินหายใจ  $O_2$  saturation 98-100% สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) เสียงต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกบกพร่องเนื่องจากภาวะแยกจาก ให้การพยาบาลโดยอธิบายให้ผู้คลอดและครอบครัวทราบถึงเหตุผลที่ต้องแยกทารก และรายงานอาการของทารกให้รับทราบเป็นระยะ สนับสนุนให้ผู้คลอดและสามีได้เยี่ยมหารกอย่างสม่ำเสมอและอำนวยความสะดวกในการเยี่ยมตามความเหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 เปิดโอกาสให้ผู้คลอดไปเยี่ยม ได้สร้างสัมพันธภาพกับบุตร โดยการสัมผัสรับต้อง การสบตา การพูดคุย การบีบเก็บน้ำนมให้ทารกเพื่อเป็นการกระตุนพัฒนาการและการให้นมจากเต้านมที่ทำได้ให้ข้อมูลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและสอนการ Breast feeding โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ แผ่นพับ สนับสนุนให้ผู้คลอดได้เลี้ยงทารกด้วยนมตนเองโดยบีบเก็บน้ำนมให้ทารกในขณะที่ทารกเองดูดน้ำนมไม่ได้ ประเมินผลหลังให้การพยาบาล ผู้คลอดและสามีให้ความร่วมมือไปเยี่ยมทารกและบีบเก็บน้ำนมไปให้อย่างสม่ำเสมอ

จากการติดตามเยี่ยมหลังคลอดจำนวน 3 ครั้ง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่พบร้าวะตกเลือดหลังคลอด แพลผ่าตัดคลอดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม อธิบายและแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอด การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย และการเปลี่ยนผ้าอนามัย สังเกตลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด แพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหารสังເກຫາກการท้องอืดหลังรับประทาน พบร้ารับประทานอาหารได้

ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องไม่อืด ฟังเสียง bowel sound ปกติ ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรที่แยกรักษาตัว แนะนำการไปเยี่ยมหาราก และส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาโดยให้บีบเก็บน้ำนมไปให้บุตร ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดรับทราบ เพื่อให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้คลอดในการบีบเก็บน้ำนมและนำส่งน้ำนมให้บุตรที่ถูกต้อง หลังคลอดวันที่ 7 ครบตัดใหม แพลติดดี เตรียมความพร้อมจำหน่ายกลับบ้าน ผู้คลอดยังขาดความมั่นใจในการเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดาและการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย เปิดโอกาสให้ซักถาม พูดคุยเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในศักยภาพของตนในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด แนะนำแหล่งประโภชน์ คลินิกนมแม่ คลินิกหารักคลอดก่อนกำหนดและพัฒนาการ รวมทั้งการส่งต่อและติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามระบบ COC การใช้คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กล้มเสียง (DAIM) ผู้คลอดมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตวันที่ 15 กรกฎาคม 2565 เวลา 16.00 น. สามีรับกลับบ้าน รวมอยู่โรงพยาบาลนาน 14 วัน นัดติดตามตรวจหลังคลอด วันที่ 29 สิงหาคม 2565 วางแผนจำหน่ายทารกให้คำแนะนำเพิ่มเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ การใช้คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กล้มเสียง (DAIM) ประเมินพัฒนาการต่อไป อย่างสม่ำเสมอหากพบผิดปกติให้รับมาพบรักษา จำหน่ายทารกกลับบ้านวันที่ 7 สิงหาคม 2565 เวลา 14.00 น. รวมอยู่โรงพยาบาล 32 วัน

#### 4.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกศึกษาการพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ที่มีถุงน้ำคร่าร่วร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกรหรือถุงน้ำคร่าที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด 1 ราย ที่เข้ารักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งเป็นเรื่องน่าสนใจและมีความสำคัญต่อการพยาบาลในหน่วยงาน
2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาจาก เวชระเบียนผู้ป่วย ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ภาวะถุงน้ำคร่าร่วร่วมกับการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกรหรือถุงน้ำคร่า และการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด การสัมภาษณ์ผู้คลอดและญาติ การสังเกต รวมทั้งปรึกษาแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ
3. ดำเนินการศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนในการประเมินภาวะสุขภาพ และใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลในการค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้คลอดให้ครอบคลุมมองรวมอย่างเป็นขั้นตอน กำหนดวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล
4. สรุปกรณ์ศึกษา จัดทำเป็นเอกสารวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และนำเสนอตามลำดับ

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### 5.1 เชิงปริมาณ

กรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ที่มีถุงน้ำคร่าร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่า ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด จำนวน 1 เรื่อง

### 5.2 เชิงคุณภาพ

กรณีศึกษารายนี้ผู้คลอดมีภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด จัดเป็นครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่กันนำไปมีถุงน้ำคร่าร่วมและติดเชื้อถุงน้ำคร่าหรือเยื่อหุ้มทารก ทำให้ต้องผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด มีโอกาสเกิดวิกฤติความเสี่ยงได้ทุกระยะของการรักษา ต้องใช้ทีมแพทย์สาขาวิชาชีฟในการดูแล พยาบาลมีส่วนสำคัญในการค้นหา ปัญหา ความเสี่ยง ตั้งแต่แรกรับ ระยะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีในการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงช่วยให้การวางแผนการรักษามีความรวดเร็ว ทันเวลา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 นำไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ที่มีถุงน้ำคร่าร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่า และคลอดก่อนกำหนด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม ครบมิติ แบบองค์รวม เพื่อบรรลุเป้าหมายผู้คลอดและทารกปลอดภัย

6.2 กระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาล มีการตื่นตัวในการทำงาน มีเป้าหมายการทำงานชัดเจน มีการประสานการทำงานความร่วมมือของทีมสาขา ทำให้การดำเนินงานการรักษาพยาบาล มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษารายนี้ สภาวะเจ็บป่วย ต้องรับบทบาทมารดาที่คลอดหารอก่อนกำหนด ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ดูแลใกล้ชิดมากที่สุด ต้องช่วยให้ผู้คลอดสามารถค้นหาปัญหา ความต้องการของตนเอง สร้างความมั่นใจในศักยภาพของตนเองและมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ที่จำกัดการเยี่ยม การรักษาระยะห่างและความเข้มงวดในการใช้อุปกรณ์ป้องกันการบุกรุกการองค์ความรู้ ประสบการณ์ และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลโดยยึดกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก การเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นขั้นตอนช่วยให้ผู้คลอดมีการปรับตัวเพื่อ适应กับปัญหาสภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติชนิด Double และ Bicornuate จัดเป็นครรภ์เสี่ยงสูงที่พบได้น้อย ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ในรายกรณีศึกษามีภาวะถุงน้ำคร่าร้าว การอักเสบติดเชื้อ ของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่า และการคลอดก่อนกำหนด ควรมีกระบวนการในการให้ข้อมูลความรู้แก่ หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มแรกของการฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมรับความเสี่ยง ในระยะต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์และสามารถให้การดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บุคลากร การพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานต่างกันการประสานเชื่อมโยงในแต่ละทีมสุขภาพจึงต้องมีแนวทาง ที่ชัดเจน เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว และมีระบบการนิเทศกำกับการปฏิบัติ ตามแนวทาง นำสู่การพัฒนาสมรรถนะให้สามารถปฏิบัติตามมาตรฐาน

## 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 บุคลากรการพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน ควรพัฒนาสมรรถภาพยาบาล ห้องคลอดและหลังคลอดในการประสานเชื่อมโยงแต่ละทีมสุขภาพ มีแนวทางที่ชัดเจน เพื่อให้ การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว และมีระบบการนิเทศกำกับการปฏิบัติตามแนวทาง นำสู่การพัฒนาสมรรถนะให้สามารถปฏิบัติตามมาตรฐาน

9.2 ควรพัฒนาสมรรถภาพยาalthองคลอดและหลังคลอดให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วยได้รวดเร็ว โดยจัดให้เป็น specific competency ที่สำคัญของหน่วยงาน

9.3 ควรมีกระบวนการในการให้ข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มแรกของการฝากครรภ์ จนกระทั่งคลอด เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมรับความเสี่ยงในระยะต่างๆของการตั้งครรภ์และ สามารถให้การดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

9.4 เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานที่รวดเร็ว สามารถจะช่วยเหลือการดาและหารกได้ ทันท่วงที

## 10. การเผยแพร่องาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานทางวิชาการทางการพยาบาล และการสาธารณสุข “มหกรรมวิชาการ เขตสุขภาพที่ 4” ปีงบประมาณ 2565 ห้องประชุม ร่มไทร วันที่ 8 กันยายน 2565 โรงแรมชลพฤกษ์ รีสอร์ฟ จังหวัดนครนายก

## 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1) นางสายชล ชินชัยพงษ์ | 100%                  |
| 2) .....               | สัดส่วนของผลงาน ..... |
| 3) .....               | สัดส่วนของผลงาน ..... |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... *ณัชล*

(นางสายชล ชินชัยพงษ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)  
วันที่ ..... ๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(ผู้ขอประเมิน)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสายชล ชินชัยพงษ์	<i>ณัชล</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... *น.ส. พ.* /-

(นางวิไลวรรณ แสงธรรม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ  
(หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี)  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ ..... *นายอนันต์ กมลเนตร*

(นายอนันต์ กมลเนตร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
ผู้บังคับบัญชาที่เห็นอธิบายไป

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

### 1. เรื่อง

การพัฒนาแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอด

### 2. หลักการและเหตุผล

อาการเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นการรับรู้ของบุคคล ถึงความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองและมีอาการแสดง ได้แก่ เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ง่วงซึมเช่า เชื่องซึม ตาพร่า หนังตากระตุก ปวดศีรษะ มีนงง ปวดหลัง กระหายน้ำ หมดเรี่ยวแรง อาการเหนื่อยล้าทางร่างกายส่งผลลดความสามารถในการปฏิบัติภาระที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้เกิดอาการและการแสดงทางด้านจิตใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมตามมา ได้แก่ เคลื่อนไหวหรือปฏิบัติ กิจกรรม ต่าง ๆ ช้าลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ขาดความกระตือรือร้น หลงลืม ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ ความสามารถในการ ตัดสินใจและการทำงานลดลง ปฏิเสธการร่วมกิจกรรมทางสังคมและอาจถึงขั้นหลีกหนีสังคม (Piper, 1986)

ในสตรีที่ตั้งครรภ์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จึงส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นได้ทุกช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ และสำหรับผู้คลอดส่วนใหญ่อาการเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้น ตั้งแต่ในระยะรอคลอดและระยะที่ 1, 2 ของการคลอด โดยจะเกิดอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับสูง และจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นในระยะปากมดลูกเปิดเริwa (active phase) และระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) (Tzeng, Chao, Kuo, & Teng, 2008) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Pugh et al., (1999) ที่ศึกษาอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดครรภ์แรก จำนวน 100 คน พบร้า มีคะแนนเฉลี่ยของการเหนื่อยล้า 57.5 และมีคะแนนอาการเหนื่อยล้าระดับสูงสุดถึง 73.4 เมื่อผู้คลอดมีอาการเหนื่อยล้าและไม่ได้รับการแก้ไข สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าอย่างถูกต้อง จะทำให้อาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือมีอาการรุนแรงขึ้นจนเกิดผลกระทบต่อกุณภาพชีวิตของผู้คลอด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย (Pugh & Milligan, 1993) การเกิดอาการเหนื่อยล้าในระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นสาเหตุให้มีความก้าวหน้าของการคลอด มีระยะเวลาของการคลอดที่ยาวนาน ต้องมีการช่วยเหลือโดยการใช้หัตถการหรือยาเร่งคลอด และในระยะที่ 2 ของการคลอดเมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า ผู้คลอดจะหมดแรง ไม่มีแรงเบ่งคลอด อาจทำให้หายใจลำบากในภาวะขาดออกซิเจน จึงต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอด (Ebrahimzadeh et al., 2012)

จากสถิติผู้คลอดที่มารับบริการคลอดที่ ห้องคลอดโรงพยาบาลสาระบุรี ปี 2563-2565 มีจำนวน 4,452, 3977 และ 3,672 รายตามลำดับ พบร้าผู้คลอดเกิดอาการเหนื่อยล้าจนทำให้

มีระยะเวลาของการคลอดที่ยาวนานทั้ง ในระยะที่ 1 และ ที่ 2 ของการคลอด จนเป็นสาเหตุให้ต้องมีการช่วยเหลือโดยการใช้หัตถการหรือยาเร่งคลอด จำนวน 2,198, 2,428 และ 2,551 รายตามลำดับ และใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอด จำนวน 1,378, 1,422 และ 1,536 รายตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสระบุรี, 2563-2565) ซึ่งจะเห็นว่าเมื่อผู้คลอดมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นนอกจากส่งผลกระทบต่อผู้คลอดเอง ยังส่งผลกระทบต่อทารก ครอบครัว และยังทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นจากการสูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอด และจากภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดตามมา

การให้บริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสระบุรีเมื่อผู้คลอดมากคลอด พยาบาลจะซักประวัติต่าง ๆ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ทบทวนประวัติฝากรครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฝากรครรภ์ โดยละเอียด ตรวจภายใน ประเมินสัญญาณชีพ และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการคลอด โดยประมาณเวลาในการคลอด และเวลาในการตรวจภายในครั้งต่อไป บันทึกข้อมูลทั้งหมดของผู้รอดคลอดลงในใบ labor admission note และมีการติดตามประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงตามมาตรฐานการพยาบาล กรณีที่ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1 ต้องทำการช่วยเหลือโดยการใช้หัตถการเพื่อเร่งคลอดหรือใช้ยาเร่งคลอด หรือในระยะที่ 2 ของการคลอดที่ยาวนาน ถ้าผู้คลอดหมดแรง จนไม่มีแรงเบ่งคลอด แพทย์ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอดต่อไป กระบวนการให้บริการของงานห้องคลอดโรงพยาบาลสระบุรีที่ผ่านมา มีกระบวนการดูแลผู้คลอดตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่ในด้านการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดยังไม่มีแบบแผนการจัดการที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ดังนี้ในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้คลอด จำเป็นต้องจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอดคลอดและระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการแก้ไขอาการเหนื่อยล้าได้อย่างถูกต้อง เทมาสม ช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนในระยะรอดคลอดและระยะคลอดลง ทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งของผู้คลอดและทารก

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากปัญหาสถิติของผู้คลอดที่มีระยะเวลาของการคลอดที่ยาวนานทั้ง ในระยะที่ 1 และ ที่ 2 ของการคลอด จนเป็นสาเหตุให้ต้องมีการช่วยเหลือโดยการใช้หัตถการเพื่อเร่งคลอดหรือใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีสาเหตุเกิดจาก 1. ผู้คลอดส่วนใหญ่ขาดความรู้ และเข้าใจผิด นักเข้าใจว่าอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้เมื่อมีการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร 2. การพยาบาลที่ห้องคลอด ยังไม่มีการประเมินอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดระยะรอดคลอดหรือระยะคลอด และ 3. ยังไม่มีแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้พยาบาลห้องคลอดปฏิบัติ

แนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของ Pugh & Milligan, (1993) กล่าวถึงอาการเหนื่อยล้าระหว่างวงจรการมีบุตร (childbearing fatigue) โดยกล่าวว่าอาการเหนื่อยล้าระหว่างวงจรการมีบุตร

เกิดจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านสุริวิทยา ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลสู่มารดาทำให้มารดาไม่ภาวะเสี่ยงของอาการหมดเรี่ยวแรง เกิดภาวะเครียด นำไปสู่อาการ เหนื่อยล้า และขัดขวางการคลอดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะรอคลอดและระยะคลอดได้

ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติหน้าที่ที่งานห้องคลอด ได้เลือกเห็นถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาดังกล่าว จึงขอเสนอแนวคิด เรื่อง การพัฒนาแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอด และระยะคลอด โดยประยุกต์แนวคิดของ Pugh & Milligan, (1993) โดยทำการประเมินความรู้ผู้คลอดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า ประเมินอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดตามปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ และให้การสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอด ทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้คลอดตามสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าอย่างเหมาะสม และสามารถคนพบผู้คลอดที่มีอาการเหนื่อยล้าได้อย่างรวดเร็ว และให้การช่วยเหลือหรือจัดการอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวก่อนที่จะเกิดภาวะภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย นำไปสู่ภาวะวิกฤตของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย และเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดได้ปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้คลอด ช่วยลดอาการเหนื่อยล้าในระยะรอคลอดและระยะคลอด เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้คลอดและทารกในครรภ์ รวมไปถึงผลลัพธ์ที่ดีของการคลอดอีกด้วย

### 3.1 วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอด

### 3.2 กลุ่มเป้าหมาย

- ผู้คลอดที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสระบุรีทุกราย
- พยาบาลวิชาชีพ งานห้องคลอด โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 14 คน

### 3.3 ขั้นตอนการดำเนินการ

#### ขั้นเตรียมการ

- ศึกษาปัญหาและดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา
- ประชุมปรึกษาในหน่วยงาน เพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนาแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอด
- ศึกษาความรู้จากเอกสาร ตำรา และผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอด
- นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อพัฒนาแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอด

### ขั้นดำเนินการ

1. จัดทำแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอดคลอดและระยะคลอด โดยมีเนื้อหาดังนี้

1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า

1.2 การประเมินอาการเหนื่อยล้า

1.3 การสนับสนุนทางการพยาบาลเพื่อลดอาการเหนื่อยล้าในระยะรอดคลอด และระยะคลอด ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านร่างกาย เช่น ช่วยเช็คหน้าตัวผู้คลอด เช่น ช่วยลูบ หน้าท้อง นวดหลัง ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ ความเอาใจใส่ การอยู่เป็นเพื่อน พูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูล เช่น คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติด้วยตัวเอง ๆ ของการคลอด รวมทั้งการจัดท่าของผู้คลอดในการคลอดโดยจัดท่าศีรษะสูง และลำตัวสูง และวิธีการเบ่งคลอด การบอกรความก้าวหน้าของการคลอด การบอกถึงภาวะสุขภาพของทารก ในครรภ์ และการสนับสนุนด้านการประเมินเบรียบที่บีบ เช่น การไม่ดำเนินหรือว่ากล่าวเมื่อผู้คลอดร้องเสียงดัง ให้คำชี้แจงเมื่อสามารถเบ่งคลอดได้ เป็นต้น

2. นำแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอดคลอดและระยะคลอดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ

3. นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไข

4. นำแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอดคลอดและระยะคลอดที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วมาซึ่งแขกให้พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดทุกคนรับรู้ ทำความเข้าใจและนำไปปฏิบัติ

### ขั้นประเมินผล

1. ประเมินผลการนำแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอดคลอดและระยะคลอดไปใช้ ทุก 1 เดือน

2. ประเมินผลโดยรวมข้อมูลจำนวนผู้คลอดที่มีระยะเวลาของการคลอดที่ยาวนานทั้งในระยะที่ 1 และ ที่ 2 ของการคลอด จะเป็นสาเหตุให้ต้องมีการช่วยเหลือโดยการใช้หัตถการเพื่อเร่งคลอด หรือใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด และ การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอดทุก 1 เดือน

3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่นำแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอดคลอดและระยะคลอดไปใช้ทุก 1 เดือน

### 3.4 ระยะเวลาดำเนินการ

มกราคม 2567 - กันยายน 2567

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ได้แบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอด
- 4.3 ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการได้รับการจัดการอาการเหนื่อยล้า
- 4.3 พยาบาลวิชาชีพนำแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอด ในระยะรอคลอดและระยะคลอดไปใช้กับผู้คลอดที่มาคลอดทุกราย
- 4.4 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอด

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 จำนวนแบบแผนจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอด จำนวน 1 เรื่อง
- 5.3 อัตราความพึงพอใจของผู้คลอดต่อการได้รับการจัดการอาการเหนื่อยล้า  $\geq 80\%$
- 5.3 อัตราการน้ำแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอดไปใช้  $100\%$
- 5.4 อัตราความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบแผนการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะรอคลอดและระยะคลอด  $\geq 80\%$

(ลงชื่อ) ..... *Mo* .....

(นางสายชล ชินชัยพงษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

วันที่ ..... ๙ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

**บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวจินตนา สมภร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๔๓๑๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)	๑๔๕๖๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“ แบบท้ายประกาศ ”				

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ไส้เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2563 – 30 มิถุนายน 2563
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

Atrioventricular block หรือ AV block คือ ภาวะที่การส่งผ่านสัญญาณไฟฟ้าจากหัวใจห้องบน (atrium) มา.yang หัวใจห้องล่าง (ventricle) เกิดความบกพร่องหรือล่าช้า โดยอาจล่าช้า (delayed conduction) สัญญาณไม่ล่าช้าส่งผ่านเป็นบางส่วน หรือสัญญาณอาจไม่ล่าช้าส่งผ่านจุดรับสัญญาณไฟฟ้าบริเวณหัวใจห้องบนขวา (Atrioventricular node)

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมาก (Third degree AV block หรือ Complete heart Block) คือ ภาวะสัญญาณไฟฟ้าจากหัวใจห้องบน (atrium) ล่าช้าไม่สามารถส่งผ่านมา.yang หัวใจห้องล่าง หัวใจห้องล่างเกิดจุดกำเนิดไฟฟ้าใหม่ ทำให้หัวใจห้องบน (atrium) และหัวใจห้องล่างบีบและคลายตัวไม่สัมพันธ์กัน หัวใจห้องล่างบีบตัวซ้ำมาก ทำให้ปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลงอย่างมาก ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอ หายใจเร็ว ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความทันโนล็อกิตต่า หน้ามืด มีภาวะซัก ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจหยุดเต้น และเสียชีวิตได้

สาเหตุ เกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ความเสื่อมของร่างกายตามวัย เกิดจากภาวะเส้นใยพังผืด และภาวะแข็งตัวของระบบนำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งพบมากที่สุดและพบมากในผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี จากยาบางชนิด เช่น ดิจอกซิน (digoxin) ยาต้านแคลเซียม (calcium channel blockers) ยาปิดกั้นเบต้า (beta blocker) อามิดารโอน (amidarone) ภาวะเสียสมดุลน้ำ และ อิเล็กโทรไลต์ ภาวะโพแทสเซียมสูง โรคไทรอยด์ โรคหลอดเลือดหัวใจดีบ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ความเสื่อมของกล้ามเนื้อหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ความพิการของหัวใจที่มีมาแต่กำเนิด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการทำหัตถการ เช่น การห.าตัดหัวใจ การฉีดสีเข้าหลอดเลือดโคโรนารี การสวนหัวใจ

### พยาธิสรีรภาพ

1. การขัดขวางการนำคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่จุดรับสัญญาณไฟฟ้าบริเวณหัวใจห้องบนขวา (atrioventricular node) ตัวที่ควบคุมการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจอยู่ที่หัวใจห้องล่าง ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นในอัตราการเต้นของหัวใจที่คงที่คือ 40-60 ครั้งต่อนาที โดยมีลักษณะ QRS complex ปกติและแคบ

2. การขัดขวางการนำคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ระดับบันเดิลแบรนช์ (bundle branch) โดยปกติจุดกำเนิดการเต้นของหัวใจอยู่ภายในบันเดิลแบรนช์ (bundle branch) หรือเพอร์กินเจ.ไฟเบอร์ (purkinje fibers) ที่หัวใจห้องล่างซ้างได้ชั่งหนึ่ง จากนั้นแพร่กระจายไปอีกด้านหนึ่ง ซึ่งขัดขวางการนำคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ระดับบันเดิลแบรนช์ (bundle branch) ทำให้การกระตุ้นการทำงานนานมากขึ้น QRS complex กว้างขึ้น มีอัตราการเต้นของหัวใจช้า คือ 40 ครั้งต่อนาที ยิ่งการขัดขวางการนำคลื่นไฟฟ้าหัวใจนั้นอยู่ที่ส่วนปลายมากเท่าไหร่ อัตราการเต้นของหัวใจยิ่งช้ามากขึ้นหรือหัวใจหยุดเต้น

### อาการและอาการแสดง

อัตราการเต้นของหัวใจอาจน้อยกว่า 40 ครั้งต่อนาที ทำให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายต่อนาทีลดลง และมีอาการของภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติ คือ ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตต่ำ หน้ามืด วูบ เป็นลม หมดสติ และชา มีภาวะซื้อก เนื่องจากปริมาณเลือดที่สูบฉีดไปเลี้ยงสมอง หรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ จนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ การรักษาผู้ป่วยคือ การใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร

### การวินิจฉัย

ต้องคำนึงถึงอาการของผู้ป่วยมากกว่าที่จะดูเฉพาะจังหวะการเต้นของหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแต่ไม่ได้มาพบแพทย์หรือเมื่อมาพบแพทย์ภาวะนี้อาจหายไป ดังนั้นต้องอาศัยวิธีการและเครื่องมือหลายอย่างประกอบกัน ได้แก่

1. การชักประวัติ เกี่ยวกับอาการและสภาวะแวดล้อมขณะเกิดอาการ ประวัติเกี่ยวกับการเต้นของหัวใจผิดจังหวะและปัจจัยส่งเสริม เช่น ความเครียด ภาวะเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโตรไลต์ อาการร่วมได้แก่ ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม ปวดศีรษะ เจ็บแน่นหน้าอก ระยะเวลาและความถี่ของการเกิดอาการ ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา กาแฟ
2. การตรวจร่างกาย โดยเน้นระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อประเมินความผิดปกติ
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อความผิดปกติของเลือดและอิเล็กโตรลัยในร่างกาย ซึ่งมีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ
4. การตรวจพิเศษทางระบบหัวใจ ได้แก่
  - 4.1 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ECG (electrocardiogram) เพื่อประเมินลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ
  - 4.2 การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (echocardiogram) เพื่อหาความผิดปกติของหัวใจ ทำให้เห็นประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมากยิ่งขึ้น

### การรักษา

1. โดยการหยุดยาที่มีผลลดอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น ยากลุ่ม beta-blocker ได้แก่ atenolol, propanolol, carvediol, metropolol, bisoprolol, calcium-blockers amlodipine, felodipine, nifedipine, diltiazem, verapamil ยากลุ่ม cardio glycosides ได้แก่ digoxin, ยากลุ่ม antipsychotic drugs ได้แก่ lithium
2. การรักษาทางยา รียาทั้งหมด 3 ชนิด คือ atropine dopamine epinephrine โดยการให้มีขนาดยา ดังต่อไปนี้ atropine ขนาด 0.6 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้ยา atropine ทางหลอดเลือดดำ ควรให้การรักษาโดยการให้ยา dopamine ทางหลอดเลือดดำอย่าง

ต่อเนื่อง ขนาด 2-20 มีโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อ 26 กิโลกรัมต่อนาที หรือ epinephrine ทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ขนาด 2-10 มีโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที

3. การรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบชั่วคราวผ่านทางผิวนัง (transcutaneous pacing) เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองกับยา หรือโดยการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจทางหลอดเลือดดำ (temporary pacing)

4. การรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร

การใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร หมายถึง การใส่สุขปกรณ์เข้าไปในทรวงอก เพื่อสร้างกระแสไฟฟ้าทดแทนและกระตุ้นให้หัวใจบีบตัวสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอทั้งในขณะพักและออกกำลังกาย

ข้อบ่งชี้ในการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการนำไฟฟ้าหัวใจจากห้องบนสู่ห้องล่างชนิดกระแสไฟฟ้าผ่านจากหัวใจห้องบนไปกระตุ้นหัวใจห้องล่างได้เป็นบางครั้ง (second degree AV block) ที่มีอาการของภาวะเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ และชนิดกระแสไฟฟ้าไม่สามารถผ่านจากหัวใจห้องบนไปกระตุ้นหัวใจห้องล่างได้ (third degree AV block) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของจุดกำหนดไฟฟ้าของหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็วสลับกับการเต้นช้า (tachy-brady syndrome) ที่มีระยะภาวะหัวใจ เต้นช้ากว่า 40 ครั้งต่อนาที หรือมีการหยุดปล่อยกระแสไฟฟ้ามากกว่า 3.0 วินาที (sinus pause) และผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย หน้ามืด เป็นลม หมดสติ ที่ตรวจพบหัวใจเต้นช้ากว่า 40 ครั้งต่อนาที

ชนิดของเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร แบ่งตามลักษณะการทำงานออกเป็น 2 ชนิด

1. เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว จะใช้สายสื่อสายเดียว เพื่อกระตุ้นหัวใจห้องบน ขวาหรือห้องล่างขวา โดยปรับตามสัญญาณไฟฟ้าซึ่งรับ สัญญาณจากหัวใจห้องที่มีสายอยู่ เช่น Ventricle ventricle inhibit (VVI mode)

2. เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกัน จะต้องใส่สายสื่อ 2 เส้น ในหัวใจห้องบนขวาและห้องล่างขวาเพื่อกระตุ้นหัวใจทั้งสองห้องให้ทำงานต่อเนื่องกันโดยปรับให้หัวใจทั้งสองห้องทำงานประสานกันในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการทำงานที่ทำให้หัวใจบีบตัวได้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด เช่น Atrio-ventricular universal pacing (DDD mode)

วิธีการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร มี 2 วิธี ดังนี้

1. การผ่าตัดสอดสายเข้าทางเส้นเลือดดำโดยใส่ สายสื่อ (endocardial electrode) เข้าทางหลอดเลือดดำข้างซ้ายหรือข้างขวาบริเวณหัวอกส่วนบนใต้กระดูก ใบปลาาร้า คือ หลอดเลือดดำเชฟอลิค (cephalic vein) หรือหลอดเลือดดำซับคลาเวียน (subclavian vein) จากนั้นเคลื่อนสายเข้าสู่หัวใจห้องล่างและบนขวา ส่วนปลายหัวไฟฟ้าจะวางสัมผัสกับเยื่อบุภายในหัวใจ (endocardium) ภายในตัวเครื่องจะฝังอยู่ใต้ผิวนัง บริเวณหน้าอกส่วนบน

2. การผ่าตัดวางปลายสายส่วนข้าไฟฟ้าลงบนผนังกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง โดยทำการผ่าตัดเปิดเข้าห้องอกด้านซ้าย วางปลายสายสื่อชนิดฝังที่ กล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง (epicardial electrode) และตัวเครื่องจะฝังบริเวณหน้าท้องใต้ชายโครงหรือบริเวณ ใต้กล้ามเนื้อหน้าอก

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดข้ามาก เพื่อเฝ้าระวังและติดตามการเกิดหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน รวมทั้งการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันได้

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร ระยะวิกฤต

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (low cardiac output) โดยประเมินอาการและอาการแสดง เช่น ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิตต่ำ ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์และยาในการช่วยพื้นคืนชีพให้พร้อมกับการใช้งานได้ทันที

2. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล โดยประเมิน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้การพยาบาลอย่าง “กลัชิต” ให้กำลังใจ พูดคุยถึงปัญหาและให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่างๆ เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย รับฟังให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยภัยหลังได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะแรก

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้นจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดภาวะหัวใจ ห้องล่างเต้นเร็ว (ventricular tachycardia) หรือภาวะหัวใจห้องล่างเต้นแฝ่วร้าว (ventricular fibrillation) โดยประเมินอาการและอาการแสดง เช่น ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หมดสติ และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์และยาในการช่วยพื้นคืนชีพให้พร้อมกับการใช้งานได้ทันที

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกบริเวณที่ทำผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร โดยการสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินภาวะเลือดออกจากตำแหน่งที่ทำผ่าตัดโดยตรวจสอบบริเวณแผล ว่ามีก้อนเลือดใต้ผิวนัง รอยเลือด หรือเลือดออกมากผิดปกติ หากพบรีบห้ามเลือดและรายงานแพทย์

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันสายนำไฟฟ้าเลื่อนหลุดจากตำแหน่ง โดยแพทย์จะเลือกผ่าตัดใส่เครื่องด้านเดียวกับแขนที่ไม่สนัด และภายหลังผ่าตัดแนะนำให้ผู้ป่วยจำกัดการเคลื่อนไหวแขนที่ทำผ่าตัด ประมาณ 1 เดือน จึงสามารถยกแขนได้ปกติ

การพยาบาลผู้ป่วยภัยหลังได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวและเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. ให้คำแนะนำและข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีแนวทางการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่ เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในเรื่อง การดูแลตัวเองหลังได้รับการรักษา แล้ว เช่นการสังเกตอาการผิดปกติ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การพักผ่อน การมาตรวจ ตามนัด และการตรวจสอบสภาพของเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร

#### ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา

1. Atropine เป็นยา.rักษาภาวะหัวใจเต้นช้า วิธีใช้ให้ทางหลอดเลือดดำ อาการข้างเคียง ปากแห้ง กระหายน้ำ กลืนลำบาก ตาพร่ามัว การพยาบาลหลังได้รับยา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและบันทึกสัญญาณชีพ อย่างใกล้ชิด บันทึกปริมาณปัสสาวะ

2. Dopamine เป็นยากระตุ้นหัวใจในกลุ่ม adrenergics กระตุ้นทั้งตัวรับ alfa และ beta-adrenergics ทำให้หลอดเลือดเส้นปลายตีบ เพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ เพิ่มการไหลเวียนของเลือด อาการข้างเคียง คลื่นไส้อาเจียน หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ซึ่งจะตื้นเร็ว การพยาบาล สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณปัสสาวะ และลักษณะสีขาวบ่อย ๆ

3. epinephrine เป็น sympathomimetic, adrenergic agonist ออกฤทธิ์โดยตรงที่ alpha และ beta adrenergic receptor ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัว เพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ช่วยเพิ่ม BP ทั้ง systolic และ diastolic กระตุ้นหัวใจให้บีบตัวแรงขึ้น เพิ่ม electrical activity และ automaticity ของระบบนำไฟฟ้าหัวใจ ช่วยขยายกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม ขยายหลอดเลือดที่กล้ามเนื้อลาย อาการข้างเคียง คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เปื่ออาหาร นอนไม่หลับ วิงเวียน หน้ามืด มึนง กระสับกระส่าย chest pain การแพ้แบบ anaphylaxis เหื่องแตก ซัก ใจสั่น การพยาบาล สังเกตและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สัญญาณชีพ ตรวจสอบบริเวณที่แทงน้ำเกลืออย่างน้อย 2 ครั้ง หากมียาร้าวออกน้ำหลอดเลือด อาจทำให้เกิดเนื้อเยื่อตายได้ อาการเมื่อได้รับยาเกินขนาด: ความดันโลหิตสูง เหื่องออก เสื้อตอกในสมอง ซัก

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

#### 4.1 หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดข้ามมาก (third degree AV block หรือ complete heart block) คือ ภาวะที่หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ด้วยอัตราที่ช้ากว่า 40 ครั้งต่อนาที มีความผิดปกติในเส้นทางการนำกระแสไฟฟ้าในหัวใจ โดยหัวใจไม่สามารถส่งกระแสไฟฟ้าได้อย่างเพียงพอ ส่งผลต่อการบีบตัวของหัวใจและปริมาณเลือดที่ออกจากการหัวใจในหนึ่งนาที ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย เพลีย วิงเวียนศีรษะ อ่อนล้า งุนงน มีอาการเปลี่ยนแปลงต่อระบบส่วนกลางไปจนถึงเป็นลมหมดสติชั่วคราว อาจมีภาวะ หัวใจล้มเหลวนำไปสู่การเสียชีวิตได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร (ณอมศรี แดงศรี และบัณฑิต เพ็ญพิมล, 2562)

สถิติผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรใน 16 ประเทศทางยุโรปตะวันตก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009-2011 พบจำนวน 928, 933, 938 ล้านคน/ปี ตามลำดับ (Taborsky and Kautzner, 2014) สถิติการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรโดยรวมของประเทศไทยปีพ.ศ. 2558 พบสถิติผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรรายใหม่ของประเทศไทยมีจำนวน 2,728 คน (ปี พ.ศ. 2559) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2560 – 2562 โรงพยาบาลสระบุรี พบสถิติผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรจำนวน 73, 83, 80 คน/ปี ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลสระบุรี, 2563)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมากที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร (permanent pacemaker) ในรายที่อาการของโรครุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตและไม่ตอบสนองต่อการใช้ยา ต้านการเต้นผิดปกติของหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรนี้ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทันทีภายหลังการใส่เครื่อง ระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล และภายในระยะเวลา 30 วัน ได้แก่ หัวใจถูกกดเนื้องจากหัวใจไฟฟ้าหัวใจ venticle การเกิดลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอด การเกิดสายสื่อเลื่อน หลุดจากตำแหน่ง การติดเชื้อบริเวณผิวนังที่ฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ มีเลือดออกบริเวณที่ใส่สายสื่อ หรือ บริเวณที่ฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ พยาบาลในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจและหอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจ มีบทบาทในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และเฝ้าระวังเพื่อวางแผนการพยาบาลและ ประสานทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานในระยะเวลา ที่เหมาะสม ทันท่วงที ปลอดภัยจากการแทรกซ้อน เมื่อพัฒนาภาวะวิกฤต ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรจำเป็นต้อง อาศัยกลไกการทำงานของเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจและเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับเครื่องไปตลอดชีวิต ดังนั้น ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเรียนรู้และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้น รวมทั้งผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่นการเกิดความกลัววิตกกังวลภายหลังการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร พยาบาลในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจและหอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพัฒนาระบบที่เหมาะสม โดยวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ การให้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร ตั้งแต่ระยะพักรักษาตัวอยู่ ในโรงพยาบาลจนถึงการฝึกติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย กลับบ้านเพื่อความยั่งยืนของการมีพัฒนาระบบที่เหมาะสม มีภาวะสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ดังนั้นพยาบาลในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจและหอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมากและแนวทางการรักษาด้วยวิธีการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ แบบถาวร เพื่อประเมินปัญหา และวางแผนการดูแลให้ครอบคลุมโดยใช้กระบวนการพยาบาล ป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งในระยะแรกภายหลังการใส่เครื่องหัวใจ จนถึงระยะใส่แล้วเป็นเวลานาน รวมทั้งมีบทบาทในการส่งเสริมความรู้และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากการแทรกซ้อน สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

#### 4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมากที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร นำสู่การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมากที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรอย่างมีมาตรฐาน

#### 4.3 เป้าหมาย

เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมากที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ปลอดภัยจากการแทรกซ้อน ตั้งแต่แรกรับ จนจำนวนายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง

#### 4.4 สรุปสาระ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 81 ปี สถานภาพสมรส คู่ ประกอบอาชีพรับจ้าง นับถือศาสนาพุทธ สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงรักษาไม่ต่อเนื่อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2563 เวลา 11.23 น. เลขที่ภายนอก 6310712 เลขที่ภายใน 2015146 ด้วยอาการสำคัญ เวียนศีรษะ วูบ ประมาณ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการปัจจุบันมีอาการเวียนศีรษะ 3 วัน ไปรักษาโรงพยาบาลท่ารุ่ง แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมาก (third degree AV block) ได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบชั่วคราวผ่านทางผิวหนัง อาการไม่ดีขึ้น ซึ่งลง ส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนราธิราษฎร์หาราช ได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจทางหลอดเลือดดำ โดยกำหนดอัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที และส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสระบุรีเพื่อใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลิ่มตาได้เอง พูดคุยสื่อสาร รู้เรื่อง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง (E4V5M6) รูม่านตาหั้งสองข้างขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 137/97 มิลลิเมตรปอร์ท อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที  $O_2$  Saturation 100% ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ troponin T 18 ng/L, Sodium (Na) 139 mmol/L, potassium (K) 3.7 mmol/L, chloride (Cl) 106 mmol, bicarbonate (HCO<sub>3</sub>) 24 mmol/L, magnesium (Mg) 2.1 mg/dL, BUN 23 mg/dL, Cr 0.82 mg/dL, anti HIV negative ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 94 mg% แพทย์รับผู้ป่วยเข้ารักษาที่หอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจ เวลา 12.55 น. แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจวัดสัญญาณชีพบุณฑูมิ ร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 174/97 มิลลิเมตรปอร์ท อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจทางหลอดเลือดดำ โดยกำหนดอัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ลดลงเป็นผลจากการบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ ติดตามการทำงานของหัวใจแบบต่อเนื่อง เพื่อประเมินการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติโดยเฉพาะภาวะ ventricular arrhythmia ชนิดรุนแรง เช่น ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation จัดเตรียมเครื่องมือ

อุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมไว้ใช้งาน ประเมินภาวะขาดออกซิเจนของร่างกาย สังเกตอาการกระสับกระส่าย เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เวียนศีรษะ หายใจlabเหนื่อย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ดูแลให้ได้พักผ่อนอย่างสมบูรณ์ บนเตียง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ  $O_2$  Saturation 95-96% ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ potassium (K) 3.7 mmol/l มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลท์ในร่างกาย ได้รับการรักษาด้วยยา KCl 30 ml ทุก 2 hr จำนวน 2 ครั้ง ติดตามอาการที่เฝ้าระวัง Serum potassium > 4.5 mEq/L, Urine output < 30 ml/hour ภาวะ arrhythmia โดยสังเกตค่า EKG ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรprototh บันทึก ปริมาณสารน้ำเข้าและออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย 600 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 350 มิลลิลิตร ส่งตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อน ความถี่สูง (echocardiogram) ผลตรวจประเมินการทำงานของหัวใจ (ejection fraction : EF) มีดังนี้  
1) complete heart block, normal LV contraction (LVEF 60%), no regional wall motion abnormal  
2) no significant valvular disease 3) no pericardial effusion 4) IVC size 1.2 cm. collapse >50%  
วันที่ 6 พฤษภาคม 2563 เวลา 06.05 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจวัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ ร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 129/81 มิลลิเมตรprototh อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจทางหลอดเลือดดำ โดยกำหนดอัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Sodium (Na) 134.9 mmol/l, potassium (K) 3.83 mmol/l, chloride (Cl) 105.3 mmol/l, bicarbonate (HCO3) 23.1 mmol/l บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย 940 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 20 มิลลิลิตร เวลา 06.05 น. แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้สารน้ำ 0.9% NSS 300 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำใน 15 นาทีเพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย 960 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 1,300 มิลลิลิตร วันที่ 8 พฤษภาคม 2563 เวลา 11.35 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจวัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ ร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120/81 มิลลิเมตรprototh อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจทางหลอดเลือดดำ โดยกำหนดอัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ วางแผนการรักษาด้วยการใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจชนิดถาวร (permanent pacemaker : PPM) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ประสานให้ผู้ป่วยและญาติพูดคุยกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ เพื่ออธิบายแนวทางการรักษา ความจำเป็นเกี่ยวกับการใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจชนิดถาวร ประเมินระดับความวิตกกังวลผู้ป่วยและญาติ กระตุนให้ผู้ป่วยและญาติซึ่งกามข้อข้องใจ และได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลพร้อมอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจมากขึ้น ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยสืบหน้า วิตกกังวลลดลง เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทำการโดยสอบถามความคิดเห็นด้านขวา เตรียม

ผิวนังบริเวณอกซ้ายสำหรับฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ วันที่ 9 พฤษภาคม 2563 เวลา 14.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความวิตกง่วงลดลง สัญญาณชีพปกติ ส่งผู้ป่วยไปห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ แพทย์ฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรบริเวณใต้กรดูกไข่ปาร้าด้านซ้าย ตั้งเครื่องเป็นแบบที่มีการกระตุ้นการเต้นของหัวใจ และเป็นตัวรับสัญญาณจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจทั้ง 2 ห้อง คือห้องบนขวาสูรห้องล่างขวา (dual chamber) โดยกำหนดอัตราการเต้นของหัวใจ 70-120 ครั้งต่อนาที ใช้เวลา 1.25 ชั่วโมงและให้ยาระบบความรู้สึกเฉพาะที่ ประเมินสัญญาณชีพขณะทำการอุณหภูมิร่างกาย 36.0-37.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100-120/60-85 มิลลิเมตรปอร์ท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำการแผลไม่มีเลือดออกและอัตราการเต้นของหัวใจตามจังหวะที่ตั้งไว้ รับผู้ป่วยกลับห้องบำบัดวิกฤตโรคหัวใจเวลา 15.55 น. แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนซ้ายสมอุปกรณ์พยุงแขน ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างสมบูรณ์บันเตียง บริเวณแผลไม่มีเลือดออกหรือก้อนเลือด คลำผิวนังรอบ ๆ แผล ไม่พบภาวะลมร้าวใต้ชั้นผิวนัง (subcutaneous emphysema) ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จำกัดการเคลื่อนไหวและหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของสายและตัวเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจชนิดถาวร ตรวจดัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและถ่ายภาพรังสีทรวงอก ดูตำแหน่งของเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอยู่ในตำแหน่งไม่เลื่อนหลุด ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อเนื่องจากเนื้อเยื่ออุกทำลายจากการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร ดูแลให้ยา cloxacillin ขนาด 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง เป้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน ห้องเสียเป็นต้น ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา สังเกตบริเวณผิวนังที่สอดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ไม่มีการอักเสบบวม แดง ร้อน ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล ระดับความเจ็บปวด 5 คะแนน จัดท่านอนให้สุขสบาย และดูแลสิ่งแวดล้อม ให้อาหารถ่ายเทศาดวง ให้รับประทานยา paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ตามแผนการรักษา หลังได้รับยา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาการปวดลดลง ระดับความเจ็บปวด 2 คะแนน ผู้ป่วยนอนหลับ พักผ่อนได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ และดูแลให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยรับประทานได้เองหมดคาด วันที่ 10 พฤษภาคม 2563 เวลา 09.30 น. หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.3-36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 140-150/85-90 มิลลิเมตรปอร์ท อัตราการเต้นของหัวใจ 72-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการประเมินผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เพื่อดูตำแหน่งสาย Lead และเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ หลังใส่ 24 ชั่วโมงแรก บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) ติดตามการทำงานของคลื่นหัวใจแบบต่อเนื่อง เพื่อเปรียบเทียบการทำงานของหัวใจและเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ผลบริเวณฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ไม่บวม แดง ร้อนหรือมีเลือดออก ไม่พบภาวะลมร้าวใต้ชั้นผิวนัง (subcutaneous emphysema) ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลเล็กน้อย ระดับความเจ็บปวด 2 คะแนน

นอนหลับพักผ่อนได้ ดูแลให้ยา cloxacillin ขนาด 1 กรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ครบจำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้นให้รับประทานยา dicloxacillin ขนาด 250 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนอาหารทุกมื้อและก่อนนอน ดูแลให้สวมอุปกรณ์พยุงแขนซ้ายต่อเนื่องอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อเนื่อง สังเกตถ้าหากขณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจว่ามีอัตราการเต้นของหัวใจที่สมพันธ์กับการทำงานของเครื่องหรือไม่ รูปร่างของคลื่น QRS complex คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไม่พบสัญญาณจากเครื่องกำเนิดไฟฟ้าปล่อยกระแสไฟฟ้าผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ loss of capture, สาย lead ทะลุเข้า left ventricle ทำให้มีอาการสะอึกหรือมีอาการของ cardiac tamponade, pacemaker rejection และผิวหนังบริเวณที่ใส่เครื่องเกิดเป็นแผลกดทับ เป็นต้น หากพบความผิดปกติดังกล่าว ให้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์ทันที ผู้ป่วยรายนี้มีเม็ดปัญหาแผลกดทับ แนะนำให้เคลื่อนไหวแขนซ้ายเพียงเต็กันน้อย ถอดการแขนและยกแขนเหนือหัวให้เล็กน้อย เป็นเวลา 10-14 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ากำหนดอัตราการเต้นของเครื่อง 70 ครั้งต่อนาที โดยสอนวิธีการจับชีพจร การหาตำแหน่งชีพจร ดูอัตราการเต้นของหัวใจและให้ผู้ป่วยนับอัตราการเต้นของหัวใจเตือนนาที ให้จับชีพจรทุกวันหลังตื่นนอนตอนเช้า จดบันทึกทุกวันเป็นเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นให้จับชีพจรทุกวัน ผู้ป่วยสามารถจับชีพจร ได้ถูกต้องแน่นและถูกวิธีภายหลังการสอน หากอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่ากำหนด 5-10 ครั้งต่อนาที แสดงถึงเครื่องทำงานผิดปกติ ในกรณีที่ชีพจรสเต้นไม่สม่ำเสมออาจเกิดอาการเวียนศีรษะ เป็นลม เจ็บหน้าอกร หนึ่งอยู่บน ใจสัน สะอึกนานหรือกล้ามเนื้อหน้าอกกระตุกตามชีพจรให้มาพบแพทย์ได้ทันที การรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ การมาพบแพทย์ตามนัด การทำแผลหลังใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรและการตรวจสอบการทำงานของเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร หลังได้รับคำแนะนำผู้ป่วยมีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและแสดงวิธีการจับชีพจร ได้ถูกต้อง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เวลา 14.30 นาฬิกา และนัดตรวจติดตามการรักษาวันที่ 19 พฤษภาคม 2563

#### 4.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี มาตรฐาน แนวทางปฏิบัติ ค้นคว้าจากตำราและอินเตอร์เน็ตเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมากที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร
2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมากที่เข้ารับการรักษาในห้องปฏิบัติการส่วนหัวใจและห้องบำบัดผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลสระบุรี
3. ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว
4. วินิจฉัยการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อวางแผนให้การพยาบาล
5. ปฏิบัติภาระการพยาบาลและให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ประเมินผลหลังให้การพยาบาล พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

6. สรุปผลกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ
7. เมยแพร่ผลงาน นำเสนอในการประชุมวิชาการโรงพยาบาลสระบุรี เขตสุขภาพที่ 4 ประจำปี 2563 วันที่ 30 กรกฎาคม 2563
5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)
  - 5.1 เชิงปริมาณ

กรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร จำนวน 1 เรื่อง
  - 5.2 เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมาก เป็นภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน นำไปสู่การเสียชีวิตได้ หากผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรที่ล่าช้า โดยพยาบาลในห้องปฏิบัติการ สวนหัวใจและหอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจมีบทบาทในการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และเฝ้าระวังเพื่อวางแผนการพยาบาลและประสานทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานในระยะเวลาที่เหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เมื่อพ้น ภาวะวิกฤต พยาบาลในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจและหอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร ตั้งแต่ระยะพัก รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงการเฝ้าติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อผู้ป่วย ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านเพื่อความยั่งยืนของการมีคุณติกรรมที่เหมาะสม มีภาวะสุขภาพและ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1 เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นซ้ำชนิดซ้ำมากที่ใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรโดยใช้กระบวนการพยาบาล
- 6.2 เป็นแนวทางในการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นซ้ำชนิดซ้ำมากที่ใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร
- 6.3 เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องปฏิบัติการสวนหัวใจและหอบำบัดผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจที่ดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดซ้ำมาก หากไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องภายใน เวลาที่เหมาะสม ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที่ต้องแต่แรก อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต โดยพยาบาล ต้องมีสมรรถนะดังนี้ 1) การแปลค่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2) ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทางหัวใจ 3) ดูแล ผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร 4) การพื้นฟูในผู้ป่วยหลังใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจ

แบบถาวร 5) วางแผนการจ้างน่วยและการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญที่สามารถให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพื้นภาวะวิกฤต และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ สุขต่อไป

#### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้ป่วยสูงอายุ มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้า หัวใจแบบถาวร กลัวว่าตนเองปฏิบัติไม่ถูกต้อง กลัวว่าจะเกิดการเคลื่อนของปลายสายสื่อ จึงไม่กล้าใช้ บริหารข้อไฟล์

8.2 การวางแผนจ้างน่วยผู้ป่วย ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ แนวทางการติดตามผู้ป่วย หลังใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรไม่ชัดเจน

8.3 พยาบาลวิชาชีพ มีอายุงานหลากหลายกลุ่ม พยาบาลจบใหม่ ขาดความรู้ ความชำนาญ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร

#### 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 เพิ่มสมรรถนะของพยาบาลโดยการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นช้าชนิดช้ามากที่ใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวรเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน

9.2 พัฒนาแนวทางการวางแผนจ้างน่วย กำหนดแนวทางการติดตามผู้ป่วยหลังใส่เครื่องกระตุนไฟฟ้าหัวใจแบบถาวร โดยการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามอาการและประเมินความสามารถในการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น

#### 10. การเผยแพร่องค์ภารกิจ (ถ้ามี)

นำเสนอในประชุมวิชาการโรงพยาบาลสระบุรี เขตสุขภาพที่ 4 ประจำปี 2563

#### 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1) นางสาวจินตนา สมภูร์ | 100%                  |
| 2) .....               | สัดส่วนของผลงาน ..... |
| 3) .....               | สัดส่วนของผลงาน ..... |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... *กม* *กศ* .....

(นางสาวจินตนา สมภูร์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

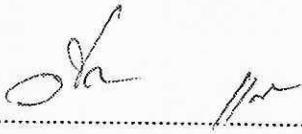
วันที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

(ผู้ขอประเมิน)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจินتنا สมภร์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... 

(นางวีไควรรณ แสงธรรม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

(หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาล โรงพยาบาลสาระบุรี)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ ..... 

(นายอนันต์ กมลเนตร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาระบุรี

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ผู้บังคับบัญชาที่เห็นอธิบาย

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

**1. เรื่อง**

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา

**2. หลักการและเหตุผล**

ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีอาการวิกฤต หรือมีแนวโน้มจะเข้าสู่ระยะวิกฤต ต้องการการเฝ้าระวังอาการ เปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ ตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลต้องมีความรู้ สามารถคาดการณ์ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและรายงานอาการผู้ป่วย ได้ทันเวลา ช่วยเหลือและมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการทำหัตถการที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน มากขึ้น เช่น การใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter) ซึ่งเป็นหัตถการสำหรับ invasive monitoring ที่เกี่ยวกับหัวใจชนิดหนึ่งซึ่งนำมาใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยระยะวิกฤตเพื่อ วัดแรงดันในหลอดเลือดแดงปอด (Pulmonary artery) ระยะแรกทำงาน ๆ ครั้ง ในช่วงปี 2563 – 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 7 รายต่อปีเป็น 9 และ 12 รายต่อปี ตามลำดับ แม้ว่าการใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter) จะมีประโยชน์ แต่พบภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ ระหว่างการใส่สาย ร้อยละ 80 หากใส่สายนานเกิน 3 วัน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และอาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการเสียชีวิตอย่าง 50 ได้แก่ pulmonary infarction, pulmonary artery rupture โดยการประเมินและเฝ้าระวังอาการการเปลี่ยนแปลงถึงภาวะแทรกซ้อนความเสี่ยงที่อาจเกิด ขึ้นกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตจากการใส่สายสวนหัวใจด้านขวาเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งพยาบาลวิชาชีพห้อง ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีอายุงานหลากหลายหลายกลุ่ม ได้แก่ อายุงานมากกว่า 15 ปี จำนวน 7 คน อายุงาน 10 – 15 ปี จำนวน 2 คน อายุงาน 5 – 10 ปี 2 คน และอายุงาน 1 – 5 ปี จำนวน 4 คน ทำให้พยาบาล ขาดความรู้ ความชำนาญ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ สายสวนหัวใจด้านขวา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยก่อนใส่สายสวนหัวใจด้านขวา 2) การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายสวนหัวใจด้านขวา และ 3) การพยาบาลผู้ป่วยหลังใส่สายสวนหัวใจด้านขวา ผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนวคิดจัดทำแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาของหน่วยงานพบว่า ในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีพยาบาลวิชาชีพหลาย Generation และพยาบาลใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานแต่ละปีซึ่งยังขาดความรู้ ความชำนาญ ทักษะ และประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter) รวมทั้งการประเมินและเฝ้าระวังอาการการเปลี่ยนแปลงถึงภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตจากการใส่สายสวนหัวใจด้านขวา ยังพบอุบัติการณ์ ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การติดเชื้อ แม้จะเกิดนาน ๆ ครั้ง แต่ส่งผลกระทบต่อการจัดการความปลอดภัย ของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา เพื่อพัฒนาระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วย ก่อนใส่สายสวนหัวใจด้านขวา 2) การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายสวนหัวใจด้านขวา และ 3) การพยาบาล ผู้ป่วยหลังใส่สายสวนหัวใจด้านขวา โดยในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา จึงได้จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่งเสริมให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและ ครอบครัว จากแนวคิดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อกำหนดให้พยาบาล นำไปปฏิบัติ การพยาบาลตั้งแต่ก่อนใส่สายสวนหัวใจด้านขวา ขณะใส่สายสวนหัวใจด้านขวา และหลังใส่สายสวน หัวใจด้านขวา รวมทั้ง 1 ลักษณะ 2P Safety Goal และมาตรฐานป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งการจัดทำ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา จะช่วยเป็นแนวทางที่ใช้เสริมความรู้แก่ ผู้ปฏิบัติงานให้ใช้ประโยชน์ได้จริง สร้างความมั่นใจ นำสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและมีคุณภาพมากขึ้น

#### 3.1 วัตถุประสงค์

1. มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวาสำหรับพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter) เป็นมาตรฐานการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
3. เพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อ บริเวณที่ใส่สายสวน (catheter related infection)

#### 3.1 กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพ 15 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter) ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยก่อนใส่สายสวนหัวใจด้านขวา 2) การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายสวนหัวใจด้านขวา และ 3) การพยาบาลผู้ป่วยหลังใส่สายสวนหัวใจด้านขวา
2. ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter)

### 3.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

#### ขั้นเตรียมการ

1. ตั้งคณะกรรมการประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมพยาบาลพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตในหน่วยงาน เพื่อประชุมและวางแผนจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter)

2. คณะทำงานทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter)

3. ศึกษาข้อมูล สืบค้น Evidence Base หลักฐานเชิงประจำการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter)

4. จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter) โดยการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ และการทบทวนความรู้

#### ขั้นดำเนินการ

1. ประชุมชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานเพื่อรับทราบแนวทางปฏิบัติและติดตาม ควบคุม กำกับให้ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter) ลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน

2. จัดทีมพี่เลี้ยงเพื่อสอนงานให้กับพยาบาลจบใหม่หรือย้ายมาปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลในหน่วยงาน

3. สอดคลายการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter) การนิเทศ และความคิดเห็นต่อแนวทางปฏิบัติที่กำหนด

4. ติดตามประเมินผล ปัญหา อุปสรรค และปรับปรุง พัฒนาต่อเนื่อง

#### ขั้นประเมินผล

รวบรวมข้อมูล ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่สายสวนหัวใจด้านขวา (Pulmonary artery catheter) สรุปปัญหา อุปสรรคการดำเนินงาน นำเสนอในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน

### 3.4 ระยะเวลาดำเนินการ

กันยายน 2566 - ธันวาคม 2566

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ :

- 4.1 มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวาสำหรับพยาบาลวิชาชีพ
- 4.2 ผู้ป่วยรายวิกฤตที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ
- 4.3 ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การติดเชื้อทางกระแสเลือด

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจด้านขวา สำหรับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 เล่ม
- 5.2 อัตราการติดเชื้อบริเวณที่ใส่สายสวน (catheter related infection) เป็น 0

(ลงชื่อ) ..... 

(นางสาวจินตนา สมภูร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

วันที่ ๑๐ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน