**พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์**

นางณัฐพัชร์ ไชยนาเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการกลุ่มงานศัลยกรรม

**ความสำคัญของปัญหา**

ไส้ติ่งเริ่มพบได้ตั้งแต่อายุ 8 สัปดาห์ บริเวณส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ โดยขณะที่เจริญเติบโตนั้นอัตราการเจริญเติบโตของลำไส้ใหญ่ส่วนต้นนั้นรวดเร็วกว่าไส้ติ่งทำให้ถูกเบียดไปด้านในทาง IC valve โดยฐานของไส้ติ่งจะอยู่คงที่สัมพันธ์กับตำแหน่ง inferomedialของลำไส้ใหญ่ส่วนต้น แต่ปลายนั้นอาจอยู่ได้หลายตำแหน่ง (retrocecal, pelvic,subcecal, preileal, or right pericolic position) บริเวณที่taeniae coli ทั้งสามเส้นมาพบกันนั้นเป็นตำแหน่งของไส้ติ่งและเป็นจุดสังเกตที่สำคัญในการระบุตำแหน่งของไส้ติ่ง ความยาวของไส้ติ่งส่วนใหญ่ความยาวประมาณ 6-9 ซม.ในปัจจุบันทราบกันดีว่าไส้ติ่งนั้นมีหน้าที่หลังภูมิคุ้มกันชนิด immunoglobulin โดยเฉพาะ IgA เนื้อเยื่อภูมิคุ้มกันพบในไส้ติ่งตั้งแต่อายุประมาณ 2 สัปดาห์หลังคลอด โดยปริมาณจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจะถึงช่วงวัยรุ่นและคงที่อยู่ประมาณสิบปีหลังจากนั้นจะเริ่มลดลง จนอายุ 60 ปี มักจะไม่พบเนื้อเยื่อภูมิคุ้มกันอยู่และท่อของไส้ติ่งมักจะสลายตัวไปFitz ได้อธิบายเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันไว้ในปี 1886 ตั้งแต่การดำเนินของโรคจากปวดท้องช่วงล่างจากการอักเสบไปจนถึงเยื่อบุช่องท้องอักเสบ และเกิดเป็นฝีในอุ้งเชิงกราน และแนะนำให้ทำการผ่าตัดไส้ติ่งตั้งแต่ระยะแรกที่มีอาการของเยื่อบุช่องท้องอักเสบ หรืออาการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่การผ่าตัดไส้ติ่งเป็นการผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคของไส้ติ่งและเป็นการรักษาที่แนะนำให้ทำในไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเนื่องจากลดอัตราการตายลงอย่างมากภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ แผลติดเชื้อ ฝีหนองในช่องท้อง และลำไส้ไม่ทำงานจากการที่มีพังผืดในช่องท้อง ซึ่งความถี่ที่พบแตกต่างกันไปในการผ่าตัดเปิดช่องท้องและผ่านการส่องกล้อง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด 11.1% และในการผ่าตัดแบบส่องกล้อง 8.7% โดยที่มีอัตราการตายเพียง 0.5%

ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของอาการปวดท้องเฉียบพลัน โดยความเสี่ยงในช่วงชีวิตที่จะเกิดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ประมาณ 7-8% (สำหรับโอกาสที่จะได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง ผู้ชาย 12% ผู้หญิง 25%) โดยอุบัติการณ์ที่เกิดมากที่สุดคือ ช่วง 20 ปีแรก อายุเฉลี่ยที่พบคือ 31.3 ปี median age 22 ปี ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งลดลงตามอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งโดยบังเอิญ แต่อย่างไรก็ตามอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งในกรณีไส้ติ่งอักเสบยังคงที่ประมาณ 10รายต่อผู้ป่วย 10,000 รายต่อปีแม้ว่าจะมีการใช้ ultrasound, CT หรือ laparoscopy เพื่อช่วยในการวินิจฉัยมากขึ้น แต่อัตราการวินิจฉัยผิดพลาดก็ยังคงที่ประมาณ 15.3% เท่าๆกับอัตราการเกิดไส้ติ่งแตก โดยการวินิจฉัยผิดพลาดนั้นพบได้สูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยหญิงเทียบกับชาย (22.2% เทียบกับ 9.3%), negative appendectomy rate ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ 23.2% (สูงสุดในช่วงอายุ40-49 ปี), negative appendectomy rate สูงสุดในช่วงอายุมากกว่า 80 ปี

การผ่าตัดไส้ติ่งทันทีเป็นการรักษาที่แนะนำในภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันมานานเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการแตกทะลุของไส้ติ่ง โดย overall rate เป็น 25.8% ในเด็กน้อยกว่า 5 ปี และ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี นั้นมีอัตราการเกิดการแตกได้สูง 45 และ 51% ตามลำดับ มีการกล่าวว่าการที่ผู้ป่วยมา present ช้านั้นเป็นสาเหตุหลักของการเกิดไส้ติ่งแตกแต่ไม่มีอะไรที่บอกได้อย่างถูกต้องว่าเมื่อใดจะเกิดไส้ติ่งแตกหรือภาวะการอักเสบนั้นจะดีขึ้นได้เอง มีการศึกษาที่แนะนำว่าในผู้ป่วยบางรายที่เลือกแล้วนั้นสามารถรักษาด้วยการสังเกตอาการและให้ยาฆ่าเชื้อได้Appendiceal rupture มักเกิดบริเวณที่อยู่ distal ต่อจุดที่มี obstruction ตามขอบฝั่ง antimesentericต้องสงสัยภาวะนี้เมื่อผู้ป่วยมีไข้สูงกว่า 39°C มี WBC มากกว่า 18,000 cell/mm3 และส่วนใหญ่มี localized rebound tendernessแต่ถ้าผู้ป่วยมี walling-off process ที่ไม่ดีก็อาจมี generalized peritonitis ได้2-6% ของผู้ป่วยจะตรวจพบก้อนได้ ซึ่งอาจจะเป็น phlegmonที่เกิดจากการที่มี bowel loopเข้ามายึดติดกันกับไส้ติ่งที่มีการอักเสบ หรืออาจจะเป็นก้อนของ periappendiceal abscess ผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนและมีอาการมานานโดยส่วนใหญ่มักมากกว่า 5-7 วันนั้นต้องแยก acute, uncomplicated appendicitis จาก acute appendicitis withperforation โดยมักจะแยกได้ยากจากอาการเพียงอย่างเดียว แต่เนื่องจากมีการรักษาที่แตกต่างกัน การทำ CTscan นั้นมีประโยชน์ในการวินิจฉัย ถ้าเป็น phlegmonและ small abscesses สามารถรักษาได้ด้วยการให้ยาฉีดฆ่าเชื้อและถ้าเป็น well-localized abscess ก็ทำได้ด้วยการ drainage ส่วน complex abscesses อาจต้องพิจารณาการผ่าตัดเพื่อระบาย ในกรณีที่ต้องผ่าตัดระบายนั้น ควรทำเป็น extraperitoneal approach และตัดไส้ติ่งร่วมด้วยในกรณีที่สามารถทำได้การทำ interval appendectomy ทำอย่างน้อย 6 สัปดาห์ หลัง acute event แนะนำให้ทำในผู้ป่วยรักษาด้วย nonoperativeหรือ simple drainage

งานศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเป็นอันดับ 1 ของการผ่าตัดในโรงพยาบาล สถิติการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ปี 2557-2559 พบว่าจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง 177, 214 และ 221 คน ตามลำดับ และพบอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตกร้อยละ 8.47, 12.14 และ 14.93 ตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้อัตราการครองเตียงเพิ่มมากขึ้น ค่ารักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้น กลุ่มงานศัลยกรรมจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งอักเสบแตก จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งอักเสบแตก ขึ้น ให้เป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
3. เพื่อศึกษาการใช้แบบประเมิน Alvarado scale ในการวินิจฉัย Appendicitis
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแบบประเมิน Alvarado scale ต่อการวินิจฉัย Appendicitis

**ประโยชน์ของการศึกษา**

1. มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
2. ทราบปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
3. ทราบความสัมพันธ์ของแบบประเมิน Alvarado scale ต่อการวินิจฉัย Appendicitis

**รูปแบบงานวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

 กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จำนวน 15 คน
2. ผู้ป่วยที่นอนรักษาในตึกผู้ป่วยศัลยกรรม และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็น Acute Appendicitis, R/O Acute appendicitis

 เครื่องมือและการเก็บข้อมูล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
2. ทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ
3. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
4. แบบบันทึกปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก

**วิธีการ/ ขั้นตอนการดำเนินงาน**

1. ศึกษาข้อมูลการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบปี 2557 – 2559
2. ศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง
3. ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
4. การตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตกโดยผู้เชี่ยวชาญ
5. สร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
6. ประชุมเจ้าหน้าที่ตึกศัลยกรรม เพื่อชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
7. ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
8. เก็บข้อมูลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
9. วิเคราะห์ข้อมูลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก
10. สรุปผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก

คำสำคัญ อุบัติการณ์ไส้ติ่งแตก

ประเภทผลงาน R2R

สถานะ รวบรวมข้อมูล