

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๖	นางวาสนา บุชบกแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม	๔๔๙๕๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	๔๔๘๑๗	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	เรื่องที่ ๑ “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะการหายใจล้มเหลว เฉียบพลัน : กรณีศึกษา				๑๐๐ %
		เรื่องที่ ๒ “การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ในกระแสเลือด : กรณีศึกษา				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนารูปแบบการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง (เรื่องที่ ๑) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน :

กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ : ตุลาคม ๒๕๖๓-๑๕ มีนาคม ๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรค/พยาธิสภาพ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure หรือ CHF)

ภาวะหัวใจวาย คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอ กับความต้องการในขณะพัก หรือ เมื่อต้องออกกำลัง ก่อนที่จะมีอาการของหัวใจวายปรากฏนั้นจะมีกลไกชดเชย หลายอย่าง เข้ามามีบทบาทเพื่อให้หัวใจสูบน้ำเลือดได้เพียงพอ แต่เมื่อกลไกเหล่านี้ไม่สามารถชดเชยได้อีกต่อไป อาการและอาการแสดงที่สืบเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงหรือมีเลือดคั่งทั้งในปอด และระบบ ไทลเวียนจะปรากฏ

สาเหตุของภาวะหัวใจวาย

๑. หัวใจต้องทำงานหนักเกินกำลัง

๑.๑ การทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้นเนื่องจากปริมาตรเลือดมากเกินไป (Volume overload) ความผิดปกติที่ทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวได้แก่ ลิ่มหัวใจรั่วเนื่องจากถูกทำลาย, ปริมาตรของเลือด ในระบบไหลเวียนมากเกินไป (Hypervolemia) ความพิการของหัวใจแต่กำเนิด

๑.๒ หัวใจต้องบีบแรงจนเกินกำลัง (Pressure overload) เพื่อเอาชนะแรงต้านในหลอดเลือด จึงสามารถไล่เลือดเข้าสู่ระบบการไหลเวียน ปัจจัยที่มีผลต่อแรงต้านการไหลเวียนเลือดในขณะหัวใจบีบตัว ได้แก่ ความตึงตัวของหลอดเลือดแดงเล็กๆ ทั่วร่างกาย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงเออเออตาและหลอดเลือดแดง ใหญ่ ขนาดและความหนาของหัวใจห้องล่าง ลิ่มเออเออติคตีบ และเลือดมีความหนืดมาก

๒. มีความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

๒.๑ มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (Cardiomyopathy) และหัวใจห้องล่างโป่งพอง (Ventricular aneurysm)

๒.๒ มีภาวะภายนอกที่บีบรัดหัวใจทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถรับเลือดและบีบตัวได้เต็มที่ ได้แก่ หัวใจถูกบีบรัดจากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Constrictive pericarditis) หัวใจถูกบีบกดจากมีปริมาณ ของเหลวภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Cardiac tamponade)

อาการ และอาการแสดง

๑. ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายวาย ทำให้มีเลือดคั่งในปอด ทำให้เกิดการหายใจลำบากอาการที่ พบ คือ

๑.๑ การหอบเหนื่อยเริ่มต้นด้วยการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย การหอบเหนื่อยเมื่อออกแรง การหอบเหนื่อยที่สัมพันธ์กับท่าที่เรียกว่า orthopnea ถ้านอนราบจะหายใจหอบ แต่ถ้านั่งอาการหอบเหนื่อย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

จะลดลง, การหอบเหนื่อยเป็นพักๆ ในตอนกลางคืน (Paroxysmol nocturnal dyspnea), Cheyne strokes respiration คือ การหายใจหอบเร็ว แล้วค่อยๆ ช้าลง จนหยุดหายใจ แล้วเริ่มหายใจเร็วใหม่เช่นนี้สลับกัน

๑.๒ การไอ มักจะไอแห้งๆ ระคายคอต้องใช้แรงไอ และมักเกิดขึ้นในตอนกลางคืนจะขัดขวางการพักผ่อนทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย

๑.๓ อาการของสมองขาดออกซิเจน เกิดอาการวิตกกังวล หงุดหงิดกระสับกระส่าย ความจำเสื่อม ฝันร้าย นอนไม่หลับ

๑.๔ อ่อนเพลีย และกล้ามเนื้อเปื่อยอ่อนแรง

๑.๕ อาการแสดงทางระบบหัวใจ และหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว อาจมีหัวใจห้องบนเต้นก่อนเวลา(PACS), เสียงหัวใจได้ยินเสียงควบ (S๓ ,S๔), เสียง S๑ เบาลง, ได้ยินเสียงน้ำในปอด, ซีฟจรเต้นแรงเบาสลับกัน, ความดันในหลอดเลือดแดงของปอดจะสูงขึ้น

๒. ภาวะหัวใจห้องล่างขวาวาย อาการที่พบคือ การบวมในส่วนปลายๆ ของร่างกาย เช่น แขนขา และการคั่งของเลือดในอวัยวะต่างๆ, น้ำหนักเพิ่ม, บวมกดบุ๋ม (Pitting edema) ในส่วนที่ห้อยต่ำ เบื่ออาหารคลื่นไส้ มีอาการไม่สุขสบายในทางเดินอาหาร, เจ็บใต้ชายโครง, ท้องมาน, ตับโต, หลอดเลือดดำที่คอโป่งตึง หลอดเลือดดำที่คอเต้น, ความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางเพิ่มขึ้น

การรักษา

๑. กำจัดสาเหตุที่ชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

๒. แก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การผ่าตัด การใส่เครื่องมือเพื่อควบคุมการเต้นของหัวใจ การถ่างขยายหลอดเลือด (balloon)

๓. ควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้ลุกลามรุนแรงได้แก่ การให้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิต รักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น

๔. การเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำได้โดยการให้ยา ได้แก่ ดิจิตาลิส (Digitalis) โดปามีน และโดบิวทามีน (Dopamine and Dobutamine) และการให้ออกซิเจน

๕. การลดการทำงานของหัวใจเกินกำลัง โดย

๕.๑ การลดปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว โดยการให้ยาขับปัสสาวะ, การจำกัดสารน้ำและเกลือโซเดียม, ให้อุป่วยนอนในท่าศีรษะสูง, การลดจำนวนเลือดที่มากเกินไปโดยการเจาะเลือดดำออก (Phlebotomy)

๕.๒ การลดแรงต้านในขณะหัวใจบีบตัว โดยการให้ยาขยายหลอดเลือด

๖. การลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย เพื่อช่วยลดการทำงานของหัวใจโดย

๖.๑ การให้อุป่วยได้พักบนเตียง (Bed rest)

๖.๒ ป้องกันการออกแรงทันทีทันใด หรือการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ อย่างรุนแรง เช่นตื่นเต้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ตกใจ เสียใจ หรือการเบ่งถ่ายอุจจาระ

ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญได้แก่

๑. ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ, การแลกเปลี่ยนก๊าซที่

ปอดลดลง

๒. มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย

๓. ความทนในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

๔. การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย

๕. ความวิตกกังวล ความเครียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

การพยาบาล

๑. ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง (Bed rest), จัดท่านอนศีรษะสูง (Fowler's position), ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา, กระตุ้นให้หายใจอย่างถูกต้อง (Deep breathing), ช่วยดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

๒. ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำ โดยจำกัดปริมาณน้ำที่ได้รับในแต่ละวัน, ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารโซเดียมต่ำ, ให้อาหารขับปัสสาวะตามแผนการรักษา, ติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายในแต่ละวัน, ประเมินผลภาวะน้ำเกินหลังจากให้การพยาบาล

๓. การให้ความรู้ในเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเช่น เรื่องอาหาร ยาและผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการมาพบแพทย์ตามนัด

๔. การดูแลด้านจิตใจโดยการพูดคุยและให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่างๆ รับฟังและให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ และส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

การหายใจ(respiration)เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งก๊าซออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อของร่างกายเพื่อนำไปใช้ในการสร้างพลังงานและนำเอาก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากเนื้อเยื่อเหล่านี้ ซึ่งถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในกระบวนการนี้จะทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ซึ่งหมายถึงภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยอาจจะทำให้เกิดการลดลงของออกซิเจนในเลือดแดง (hypoxemia , $PaO_2 < 60 \text{ mmHg}$) หรือมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hypercapnia, $PaCO_2 > 50$ and $pH < 7.3$) หรือทั้งสองแบบรวมกันได้ โดยภาวะนี้อาจเกิดแบบฉับพลัน (acute; มักเกิดในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวัน) แบบเรื้อรัง (chronic; มักเกิดในระยะเวลาเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือนหรือเป็นปี) หรือเกิดแบบฉับพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเรื้อรังอยู่ก่อน (acute on chronic) ภาวะการหายใจล้มเหลวแบ่งเป็น ๔ ชนิด ได้แก่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๑. Type I, Acute hypoxic respiratory failure (AHRF)
๒. Type II, Ventilatory failure
๓. Type III, perioperative respiratory failure
๔. Type IV, Shock

อาการทางคลินิก (clinical manifestation)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะการหายใจล้มเหลวแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่

๑. อาการที่เกิดจากโรคที่ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว เช่น ไข้ ไอ เหนื่อย จากโรคปอดบวม
๒. อาการที่เกิดจากการขาดออกซิเจน (Hypoxemia)
๓. อาการที่เกิดจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia)

สาเหตุของโรคที่ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน (etiology)

๑. Acute hypoxemic respiratory failure สามารถแบ่งสาเหตุการเกิดได้เป็น ๒ ชนิด ได้แก่ diffuse pulmonary abnormalities และ focal pulmonary abnormalities

๒. Acute hypercapnic respiratory failure ความผิดปกติที่ทำให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดแบบฉับพลัน ตามกลไกดังกล่าวข้างต้นเกิดจากภาวะ hypoventilation หรือ dead space เพิ่มขึ้น สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ hypoventilation เกิดได้จากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง neuromuscular transmission รูปร่างของทรวงอกผิดปกติ และภาวะที่ทำให้เกิดการล้าของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ (respiratory muscle fatigue) ส่วนสาเหตุที่ทำให้ dead space เพิ่มขึ้น ได้แก่ upper airway obstruction หรือโรคถุงลมโป่งพอง (chronic obstructive airway disease)

การรักษา (treatment)

หลักทั่วไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะการหายใจล้มเหลวประกอบด้วย

๑. แก้ไขภาวะ hypoxemia และ hypercarbia
๒. แก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดถ้าภาวะที่เลือดเป็นกรดนั้นก่อให้เกิดอันตราย
๓. รักษา cardiac output ให้อยู่ในระดับปกติหรือเพิ่ม cardiac output ถ้าต่ำ
๔. รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ
๕. ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา
๖. การรักษาภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อประคับประคองระบบหายใจร่วมกับการรักษาสาเหตุ รอเวลาให้ระบบหายใจฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติจนสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้เพียงพอ ทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ และเกิดการคั่งของสารน้ำทั่วร่างกาย (Systemic congestion) จากการทำงานของ Left ventricle failure เกิดภาวะปอดบวมน้ำเย็บพลัน ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันตามมา ทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล และอาจมีโอกาเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะวิกฤตฉุกเฉินจะเป็นการบำบัดรักษาเพื่อแก้ไขปัญหากจากภาวะปอดบวมน้ำเย็บพลัน และเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจให้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตและได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน เป้าหมายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม สามารถชะลอความก้าวหน้าของโรค รักษาและควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือเป็นสาเหตุของการทำงานผิดปกติของโรคหัวใจ

โดยจากสถิติการให้บริการของหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับความดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปีพ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๓ จำนวน ๗๗๙, ๘๗๒ และ ๘๗๐ ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เลวลงทำให้มีการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำมากขึ้น สาเหตุมาจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากพยาบาลจะให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานในทิศทางเดียวกัน จะต้องช่วยส่งเสริมในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติด้วย เพื่อเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัวภาวะหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

๑. เพื่อให้ทราบถึงกลไกและพยาธิสภาพของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมในภาวะวิกฤต
๓. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวที่อยู่ในระยะวิกฤต

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะการหายใจล้มเหลวปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ประเมินภาวะสุขภาพโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาทางการแพทย์ จากเวชระเบียนผู้ป่วย จากการสอบถามการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลและจากการสังเกต จนได้ประวัติครบถ้วนตามที่ต้องการ

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนที่ทำให้ต้องมีการประเมินอาการและค้นหาปัญหาทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นภาวะวิกฤต

๒. ศึกษา ค้นคว้าข้อมูลทางด้านวิชาการ จากตำราในห้องสมุดโรงพยาบาล สื่อวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพ วารสารทางการแพทย์และการพยาบาล การขอคำแนะนำจากอายุรแพทย์เฉพาะทาง และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

๓. ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซักถามประวัติที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

๔. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ติดตามอาการ ประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย แบบแผนการรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

๕. วินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและตามแผนการรักษาของแพทย์

๖. ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลต่อเนื่องเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด โดยให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง

๗. บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาล

๘. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

๙. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาจัดทำเป็นเอกสารวิชาการนำเสนอเผยแพร่ตามลำดับ

ผู้ป่วยกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๘๕ ปี เคยเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ครั้งสุดท้ายวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๓ แพทย์ Dx. NSTEMI with CHF with AF with RVR ๒๕ ส.ค. ๒๕๖๓ ทำ Echo : LVEF = ๓๒ % ครั้งนี้เข้ารับการรักษาวันที่ ๑๐ ต.ค. ๒๕๖๓ เวลา ๑๒.๓๐ น.

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

๔ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อยนอนราบไม่ได้ ขาบวมทั้ง ๒ ข้างปัสสาวะออกน้อย ๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ญาติจึงโทรเรียกรถกู้ชีพ PHET ไปรับที่บ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคหัวใจขาดเลือด และโรคความดันโลหิตสูงรักษาต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

การรักษาพยาบาล

ญาติให้ประวัติว่า ๔ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ชาวมทั้ง ๒ ข้าง ปัสสาวะออกน้อย ญาติจึงโทรเรียกรถกู้ชีพ PHET ไปรับที่บ้าน ถึง ER ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย ไม่มีแน่นหน้าอก ปนหายใจไม่เต็มอ้อม นอนราบไม่ได้ และมีภาวะซีด แพทย์ตรวจร่างกายให้ O₂ mask with bag ๑๐ LPM, O₂ saturation ๙๖-๑๐๐ % ขาทั้ง ๒ ข้างมี pitting edema ๑ + ฟังปอดมีเสียง crepitation both lung ทำ EKG ๑๒ Lead EKG เป็น Atrial fibrillation การเต้นของหัวใจ ๑๑๒ ครั้ง/นาที irregular, no ST change ส่งทำ CXR มี Cardiomegaly, infiltration BLL, mild pulmonary congestion สัญญาณชีพอุณหภูมิ ๓๗.๖ °C อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๐๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๓๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๗/๗๒ mmHg เจาะ DTX = ๒๐๕ mg/dl เจาะเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte , Trop-T ผล CBC : WBC = ๑๒,๐๘๐ cell/uL , HGB = ๑๑.๒ g/dl, HCT = ๓๐.๖ % Platelet Count = ๒๖๘,๐๐๐ cell/uL Neutrophil = ๗๕.๘ %, Lymphocyte = ๑๙.๖ %, Eosinophil = ๐.๑ %, BUN = ๑๖.๖ mg/dl, Cr = ๑.๐๑ mg/dl, eGFR = ๕๐.๘๘ ml/Min/๑.๗๓ m^๒ Sodium (Na) = ๑๑๕ mmol/L, Potassium (K) = ๓.๔ mmol/L, Chloride (Cl) = ๗๖ mmol/L, CO₂ = ๑๗ mmol/L, Trop-T = ๓๑๑.๑๐ ng/l แพทย์วินิจฉัย Congestive heart failure ให้การรักษาด้วย Lasix ๔๐ mg iv stat, ASA (๘๑ mg) ๑ tab \odot OD pc, Isordril (๑๐ mg) ๑ tab \odot tid ac, Simvastatin (๒๐ mg) ๑ tab \odot hs. รับประทานไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

รับผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เวลา ๑๕.๒๘ น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยเล็กน้อย นอนราบไม่ได้ on O₂ mask with bag ๑๐ LPM, จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง O₂ saturation ๙๘ % on NSS lock สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ °C อัตราการหายใจ ๓๐ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ ๑๐๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๒/๘๓ mmHg ต่อมาเวลา ๑๖.๐๐ น. ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น กระสับกระส่าย อัตราการหายใจ ๓๕-๓๘ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ ๑๒๐ ครั้ง/นาที อายุรแพทย์สั่งให้ Valium ๑๐ mg iv stat ใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด ๗ นิ้ว ความลึก ๒๐ นิ้ว on ventilator P-CMV PC = ๒๐ cmH₂O RR = ๑๒ ครั้ง/นาที PEEP = ๕ cmH₂O, FiO₂ = ๐.๔ ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจดี อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ ๘๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๙/๖๗ mmHg O₂ saturation ๑๐๐ % แพทย์วินิจฉัยเป็น Congestive Heart failure with Acute respiratory failure ให้ retain Foley's cath, retain NG tube และวางแผนย้ายลง ICU อายุรกรรม แต่เพียง ICU เต็มไม่สามารถรับ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ผู้ป่วยได้ เฝ้าระวังสังเกตอาการผู้ป่วยต่อ และอายุรแพทย์มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ดังนี้ Order one day: Lasix ๔๐ mg iv ทุก ๘ hr. Berodual (๒:๒) ๑ NB ทุก ๖ hr. , Order continuous : Ceftriaxone ๒ gm. iv OD , ASA (๘๑ mg) ๑ tab ☉ OD pc, Clopidogrel (๗๕ mg) ๑ tab ☉ OD Pc, Atrovastatin (๔๐ mg) ๑ tab ☉ hs., Omeprazole (๒๐ mg) ๑ tab ☉ OD ac, Carvedilol (๖.๒๕ mg) ๑/๒ tab ☉ bid pc, Lorazepam (๐.๕ mg) ๑ tab ☉ hs., Senoklot ๒ tab ☉ hs., BD (๒:๑) ๒๐๐ cc. x ๔ feed + น้ำตาม ๕๐ cc./feed และ restrict fluid < ๘๐๐ cc./day เวลา ๒๐.๐๐ น. repeat electrolyte ผล Sodium (Na)= ๑๑๗ mmol/L, Potassium (K) = ๒.๙ mmol/L, Chloride (Cl) = ๗๘ mmol/L, CO_๒ = ๑๕ mmol/L, แพทย์ให้ E.KCl ๓๐ cc. ☉ ทุก ๓ hr. x ๓ dose , ๗.๕ % NaHCO_๓ ๕๐ cc. iv drip in ๑ hr., พรงนี้เจาะเลือดตรวจ BUN, Cr, Electrolyte

๑ วัน (๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๓) ภายหลังจากผู้ป่วยไว้ในความดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่เหนื่อย O_๒ saturation ๑๐๐ % ปัสสาวะออกน้อย I/O = ๘๐๐/๓๒๐ cc. ผล BUN=๒๐.๙ mg/dl, Cr.= ๑.๔๐ mg/dl, eGFR = ๓๔.๒๘ ml/Min/๑.๗๓ m^๒ Sodium (Na)= ๑๑๗ mmol/L, Potassium (K) = ๓.๘ mmol/L, Chloride (Cl) = ๗๕ mmol/L, CO_๒ = ๒๒ mmol/L, แพทย์ให้ Lasix ๘๐ mg iv stat และ ๑๘ น. พรงนี้ repeat BUN, Cr, Electrolyte และ Portable CXR สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕-๓๗.๗ °C อัตราการหายใจ ๑๒-๒๐ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ ๖๔-๘๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๐-๑๕๓/๔๙-๙๑ mmHg

วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ on ventilator PSV FiO_๒ ๐.๔, PS ๑๐ cmH_๒O, PEEP ๕ cmH_๒O หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่เหนื่อย O_๒ saturation ๑๐๐ % on NG tube for feeding รับประทานได้ไม่มี content ผล CXR มี mild pulmonary congestion ความดันโลหิตลดต่ำเป็นช่วงๆ ประมาณ ๙๐/๔๙ mmHg แพทย์ให้ Dobutamine (๒:๑) iv drip ๕ cc./hr. ผล BUN=๒๕.๑ mg/dl, Cr.= ๑.๖๒ mg/dl, eGFR = ๒๘.๗๔ ml/Min/๑.๗๓ m^๒ Sodium (Na)= ๑๒๑ mmol/L, Potassium (K) = ๓.๘ mmol/L, Chloride (Cl) = ๘๓ mmol/L, CO_๒ = ๑๘ mmol/L, ผล แพทย์ให้ Lasix ๒๕๐ mg iv stat if urine < ๘๐๐ cc./ ๑๒ hr. Lasix ๒๕๐ mg iv at ๒๒.๐๐ น. พรงนี้ repeat BUN, Cr, Electrolyte I/O = ๑,๑๒๐/๑,๓๐๐ cc. สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕-๓๗.๒ °C อัตราการหายใจ ๑๔-๒๐ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ ๖๒-๗๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๘-๑๑๑/๕๖-๘๒ mmHg

วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๓ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ on ventilator PSV FiO_๒ ๐.๔, PS ๑๐ cmH_๒O, PEEP ๕ cmH_๒O หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่เหนื่อย O_๒ saturation ๑๐๐ % on NG tube for feeding รับประทานได้ไม่มี content on Dobutamine (๒:๑) iv drip ๕ cc./hr. แพทย์ให้ Lasix ๒๕๐ mg iv stat ผล BUN=๒๑.๕ mg/dl, Cr.= ๑.๕๘ mg/dl, eGFR = ๒๙.๖๒ ml/Min/๑.๗๓ m^๒ Sodium (Na)= ๑๒๓ mmol/L, Potassium (K) = ๒.๙ mmol/L, Chloride (Cl) = ๘๖ mmol/L, CO_๒ = ๒๐

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

mmol/L, แพทย์ให้ E.KCl ๓๐ cc. ☉ ทุก ๔ hr. x ๓ dose ผล พุ่งนี้ repeat BUN, Cr, Electrolyte I/O = ๗๒๐/๒,๓๐๐ cc. เวลา ๑๕.๐๐ น. Off ETtube on O_๒ mask with bag ๑๐ LPM ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอดีไม่เหนื่อยหอบ O_๒ saturation ๑๐๐ % สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕-๓๗.๒ °c อัตราการหายใจ ๑๖-๒๐ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ ๖๒-๗๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๘-๑๑๑/๕๖-๘๒ mmHg

วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๓ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ on O_๒ mask with bag ๑๐ LPM หายใจไม่เหนื่อย O_๒ saturation ๑๐๐ % แพทย์เยี่ยมตรวจอาการตรวจร่างกาย ฟังปอดมีเสียง wheezing ให้พ่นยา Berodual (๑:๓) NB ทุก ๖ hr. และ prn for dyspnea เปลี่ยน O_๒ canula ๕ LPM keep O_๒ saturation ≥ ๙๕ % on Dobutamine (๒:๑) iv drip ๕ cc./hr. และ record urine if urine < ๔๐๐ cc./hr. ให้ Lasix ๘๐ mg iv ทุก ๘ hr. ผล BUN=๑๘.๙ mg/dl, Cr.= ๑.๒๘ mg/dl, eGFR = ๓๘.๒๑ ml/Min/๑.๗๓ m^๒ Sodium (Na)= ๑๒๕ mmol/L, Potassium (K) = ๓.๗ mmol/L, Chloride (Cl) = ๘๘ mmol/L, CO_๒ = ๒๒ mmol/L, แพทย์ให้ E.KCl ๓๐ cc. ☉ ทุก ๔ hr. x ๓ dose ให้ low salt diet I/O = ๖๗๐/๑,๙๐๐ cc. สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕-๓๖.๘ °c อัตราการหายใจ ๑๖-๒๔ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ ๗๒-๘๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๖-๑๓๕/๕๓-๗๖ mmHg O_๒ saturation ๑๐๐ %

วันที่ ๑๕-๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยสื่อสารได้ดี ช่วยเหลือตนเองได้ หายใจไม่เหนื่อย on O_๒ canula ๓ LPM, O_๒ saturation ๑๐๐ % รับประทาน low salt diet, วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๓ off Dobutamine (๒:๑) iv drip ๕ cc./hr. on lasix ๔๐ mg iv ทุก ๘ hr. off ยา seruklot วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ แพทย์ให้ยา lasix (๔๐ mg) ๑ tab ☉ OD pc เข้า , Enaril (๕ mg) ½ tab ☉ bid pc วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๓ หายใจ Room air ไม่เหนื่อย O_๒ saturation ๑๐๐ % CXR : ปกติ ไม่มี pulmonary congestion ผล Lab BUN=๒๖.๘ mg/dl, Cr.= ๑.๒๔ mg/dl, eGFR = ๓๙.๗๐ ml/Min/๑.๗๓ m^๒, Sodium(Na)= ๑๓๐ mmol/L, Potassium(K)= ๓.๓ mmol/L, Chloride(Cl)= ๘๙ mmol/L, CO_๒= ๒๘ mmol/L, แพทย์ให้ E.KCl ๓๐ cc. ☉ ทุก ๓ hr. x ๒ dose วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ Off Fole's cath หลัง off cath ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้มีสับสนเล็กน้อย CBC : WBC = ๘,๗๖๐ cell/uL , HGB= ๑๐.๘ g/dl, HCT= ๓๑.๗ % , Platelet Count= ๒๕๔,๐๐๐ cell/uL, Neutrophil = ๕๘.๐ % , Lymphocyte = ๒๖.๙ % , Eosinophil = ๓.๒ % , BUN=๒๖.๕ mg/dl, Cr.= ๑.๑๑ mg/dl, eGFR = ๔๕.๓๙ ml/Min/๑.๗๓ m^๒ Sodium (Na)= ๑๒๙ mmol/L, Potassium (K) = ๔.๒ mmol/L, Chloride (Cl) = ๙๒ mmol/L, CO_๒ = ๒๔ mmol/L, FBS = ๑๐๓ mg/dl cholesterol ๑๑๗ mg/dl Triglyceride ๗๒ mg/dl HDL cholesterol ๓๒ mg/dl LDL cholesterol ๗๑ mg/dl ข้างไม่บวม สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕-๓๗.๐ °c อัตราการหายใจ ๑๖-๒๔ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ ๗๐-๘๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๗-๑๓๓/๕๓-๗๗ mmHg

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๓ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยสื่อสารได้ดี ช่วยเหลือตนเองได้ หายใจไม่เหนื่อย Room air O_2 O_2 saturation ๑๐๐ % แพทย์เยี่ยมตรวจอาการฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ขาทั้ง ๒ ข้างไม่บวม สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๔ °C อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ ๗๖ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๙/๙๖ mmHg อนุญาตจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ๑๐ วัน นัด F/U ๒ สัปดาห์ วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๓ และเจาะเลือดตรวจ BUN, Cr, Electrolyte Home medication : ASA (๘๑ mg) ๑ tab \odot OD pc, Clopidogrel (๗๕ mg) ๑ tab \odot OD pc, Atrovastatin (๔๐ mg) ๑ tab \odot hs., Omeprazole (๒๐ mg) ๑ tab \odot OD ac, Carvedilol (๖.๒๕ mg) ๑/๒ tab \odot bid pc, Lorazepam (๐.๕ mg) ๑ tab \odot hs., Senoklot ๒ tab \odot hs., Lasix (๔๐ mg) ๒ tab \odot bid pc ระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ ๑๐-๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๓ พบผู้ป่วยมีปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การให้การพยาบาล ๑๕ ข้อวินิจฉัย ดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ/ระยะวิกฤติ

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑: มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. หายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย อัตราการหายใจ ๓๕-๓๘ ครั้ง/นาที O_2 saturation ๘๖-๘๘ %
๒. ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจขนาด ๗ นิ้ว ความลึก ๒๐ นิ้ว on ventilator support P-CMV mode

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ : เสี่ยงต่อภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีภาวะ CHF มี Cardiomegaly, Echo หัวใจ เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓ ผล Left ventricular ejection fraction : LVEF = ๓๒ %

๒. มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ : ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมี Cardiomegaly, Echo หัวใจ เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓ ผล Left ventricular

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ejection fraction : LVEF = ๓๒ %

๒. ขา ๒ ข้างบวม มี pitting edema + ๑

๓. CXR : มี Pulmonary congestion

๔. มีภาวะ Psudu-hyponatremia Na = ๑๑๕-๑๑๗ mmol/L

๕. มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ ๓๕-๓๘ ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ : มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และกรดต่างในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. repeat electrolyte ผล Sodium (Na)= ๑๑๗ mmol/L, Potassium (K) = ๒.๙ mmol/L, Chloride (Cl) = ๗๘ mmol/L, CO₂ = ๑๕ mmol/L

๒. CXR : มี Pulmonary congestion

๓. I/O = ๘๐๐/๓๒๐ cc

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๕ : ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค การพยาบาลโรค และแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลสอบถามว่า “อาการของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด”

๒. ญาติมักจะสอบถามพยาบาลถึงอาการของผู้ป่วยบ่อยๆว่า “ผู้ป่วยฟื้นซิดอันตรายแล้วใช้หรือไหม”

๓. ญาติมักจะถามว่า “สามารถถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยออกได้เมื่อไหร่”

การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนือง /ระยะฟื้นฟูสภาพ

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีภาวะ CHF มี Left ventricular ejection fraction : LVEF = ๓๒ %

๒. CXR : มี infiltraion BLL , Pulmonary congestion

๓. ฟังปอดได้เสียง crepitation both lung

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๒ : ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีภาวะ CHF มี Cardiomegaly, Left ventricular ejection fraction : LVEF = ๓๒ %

๒. ความดันโลหิตลดต่ำเป็นช่วงๆ BP= ๘๖-๙๐/๔๔-๕๒ mmHg แพทย์ให้ Dobutamine (๒:๑) iv drip ๕ cc./hr

๓. มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยงาน

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๓ : ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและการทำงานของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีภาวะ CHF มี Cardiomegaly, Left ventricular ejection fraction : LVEF = ๓๒ %

๒. ขา ๒ ข้างบวม มี pitting edema + ๑

๓. CXR : มี Pulmonary congestion

๔. วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓ ค่า Cr.= ๑.๖๒ mg/dl, eGFR = ๒๘.๗๔ ml/Min/๑.๗๓ m^๒

วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๓ ค่า Cr.= ๑.๕๘ mg/dl, eGFR = ๒๙.๖๒ ml/Min/๑.๗๓ m^๒

วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๓ ค่า Cr.= ๑.๒๘ mg/dl, eGFR = ๓๘.๒๑ ml/Min/๑.๗๓ m^๒

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๔ : มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากภาวะ Pulmonary congestion

ข้อมูลสนับสนุน

๑. มีไข้ T = ๓๗.๖ °c ๒. ผล CBC : WBC = ๑๒,๐๘๐ cell/uL, Neutrophil = ๗๕.๘ %,

๓. CXR : มี infiltrate in BLL , Pulmonary congestion

๔. ฟังปอดได้เสียง crepitation both lung

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๕ : มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ และกรดต่างในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผล Electrolyte วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๖๓ ผล Sodium (Na)= ๑๒๑ mmol/L, Chloride (Cl) = ๘๓ mmol/L, CO๒ = ๑๘ mmol/L

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ผล Electrolyte วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๖๓ ผล Sodium (Na)= ๑๒๓ mmol/L, Potassium (K) = ๒.๙ mmol/L, Chloride (Cl) = ๘๖ mmol/L, CO₂ = ๒๐ mmol/L

ผล Electrolyte วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๖๓ ผล Sodium (Na)= ๑๒๕ mmol/L, Chloride (Cl) = ๘๘ mmol/L, CO₂ = ๒๒ mmol/L

ผล Electrolyte วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๖๓ ผล Sodium (Na)= ๑๓๐ mmol/L, Potassium (K) = ๓.๓ mmol/L, Chloride (Cl) = ๘๙ mmol/L,

ผล Electrolyte วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๖๓ ผล Sodium (Na)= ๑๒๙ mmol/L, Chloride (Cl) = ๙๒ mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๖ : ความทนในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีภาวะ CHF ทำ Echo หัวใจผล Left ventricular ejection fraction:LVEF = ๓๒ %

๒. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย เหนื่อยง่ายเมื่อพยาบาลช่วยทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เช็ดตัวทำ

ความสะอาดร่างกายบนเตียง

๓. ภายหลังทำกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๗ : เสี่ยงต่อภาวะ Embolic stroke เนื่องจากมีภาวะ Atrial fibrillation

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยเคยมีภาวะ atrial fibrillation มาก่อน และมารับการรักษาครั้งนี้ EKG ๑๒ Lead เป็น Atrial fibrillation การเต้นของหัวใจ ๑๑๒ ครั้ง/นาที

๒. แพทย์ยังไม่มีแผนการรักษาในเรื่อง Chronic atrial fibrillation สำหรับผู้ป่วยรายนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๘ : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลสอบถามว่าผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลได้เมื่อไหร่

๒. ญาติมักจะถามว่าผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมจำเป็นต้องล้างไตหรือไม่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ ๙ : รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองกับทีมสุขภาพได้เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ไม่สามารถพูดบอกสื่อสารกับเจ้าหน้าที่พยาบาลได้

๒. ผู้ป่วยมีอายุมากและรู้สึกรำคาญท่อช่วยหายใจที่ค้ำในปาก บางครั้งเปลวจะดึงท่อช่วยหายใจออก จึงต้อง restrain แขนของผู้ป่วยทั้ง ๒ ข้างไว้กับเตียง

การพยาบาลในระยะก่อนการจำหน่าย

ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่พบ

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ ๑ : ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีการกลับมารักษาซ้ำบ่อยครั้งด้วยภาวะแทรกซ้อนเช่นน้ำเกิน ภาวะ pulmonary congestion

๒. ผู้ป่วยเพิ่งตรวจพบว่ามีภาวะไตเสื่อมระดับ ๓

การพยาบาล

๑. ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง (Bed rest), จัดท่านอนศีรษะสูง (Fowler's position), ดูแลให้ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ออกซิเจนต่างๆตามแผนการรักษา, กระตุ้นให้หายใจอย่างถูกต้อง (Deep breathing), ช่วยดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

๒. ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย โดยจำกัดปริมาณน้ำที่ได้รับในแต่ละวัน, ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารโซเดียมต่ำ, ให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา, ติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายในแต่ละวัน, ประเมินผลภาวะน้ำเกินหลังจากให้การพยาบาล

๓. การให้ความรู้ในเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเช่น เรื่องอาหาร ยาและผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการมาพบแพทย์ตามนัด รวมทั้ง Empower ให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง

๔. การดูแลด้านจิตใจโดยการพูดคุยและให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รับฟังและให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ และส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

การพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ/ระยะวิกฤติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ : มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ๑๐-๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๓ วันที่ ๑๓ ต.ค.๖๓ off ET Tube on O₂ mask with bag ๑๐ LPM วันที่ ๑๔-๑๗ ต.ค.๖๓ on O₂ canula ๓-๕ LPM, วันที่ ๑๘ ต.ค.๖๓ off O₂ canula หายใจ room air วันจำหน่าย ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ ๗๖ ครั้ง/นาที O₂ saturation ๑๐๐ %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ : เสี่ยงต่อภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

ผลลัพธ์ : ปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังรับไว้ในความดูแล ๒ วัน วันที่ ๑๒ ต.ค.๖๓ ความดันโลหิตลดต่ำเป็นช่วงๆ ๙๐/๔๙ mmHg แพทย์ให้ Dobutamine (๒:๑) iv drip ๕ cc./hr. วันที่ ๑๕ ต.ค.๖๓ off Dobutamine วันจำหน่าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีมีนเวียนศีรษะ ความดันโลหิต ๑๑๙/๙๖ mmHg O₂ saturation ๑๐๐ %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ : ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป วันจำหน่าย ผู้ป่วยไม่มีอาการบวม ฟังปอดไม่พบเสียงปกติ CXR ปกติ ไม่มี pulmonary congestion หายใจสม่ำเสมอดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ : มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และกรดต่างในร่างกาย

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขเป็นบางส่วน ก่อนจำหน่าย วันที่ ๑๙ ต.ค.๖๓ Sodium (Na) = ๑๒๙ mmol/L, Potassium (K) = ๔.๒ mmol/L ผู้ป่วยไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีภาวะบวม ปัสสาวะได้ปกติ ผิวหนังมีความตึงตัว ชุ่มชื้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๕ : ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติและขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค และแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ภายหลังพยาบาลได้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค สภาพอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ แผนการรักษาของแพทย์ และความก้าวหน้าของการรักษาและการพยากรณ์โรคของแพทย์ เป็นระยะๆ ญาติมีความเข้าใจมากขึ้น และคลายความวิตกกังวลลงเมื่อเห็นผู้ป่วยสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้และหายใจได้เอง

การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง /ระยะฟื้นฟูสภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจลดลง

ผลลัพธ์ : ปัญหาไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอดี O₂ saturation ๑๐๐ %

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนือง /ระยะฟื้นฟูสภาพ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ : ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป วันจำหน่าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีมีนเวียนศีรษะ ความดันโลหิต ๑๑๙/๙๖ mmHg O_๒saturation ๑๐๐ %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ : ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและการทำงานของไตลดลง

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป วันจำหน่าย ผู้ป่วยไม่มีอาการบวม ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ CXR ปกติ ไม่มี pulmonary congestion หายใจสม่ำเสมอดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ : มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากภาวะ Pulmonary congestion และมีภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๔ °C หายใจสม่ำเสมอดี อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที WBC ๘,๗๖๐ cell/uL, Neutrophil ๕๘.๐ % CXR ไม่มี pulmonary congestion

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๕ : มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ และกรดต่างในร่างกาย

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขเป็นบางส่วน ก่อนจำหน่ายวันที่ ๑๙ ต.ค.๖๓ Na = ๑๒๙ mmol/L, K = ๔.๒ mmol/L ผู้ป่วยไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีภาวะบวม ปัสสาวะได้ปกติ ผิวหนังมีความตึงตัว ชุ่มชื้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๖ : ความทนในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยเอง เหนื่อยเล็กน้อย ไม่มีภาวะ Desaturation

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๗ : เสี่ยงต่อภาวะ Embolic stroke เนื่องจากมีภาวะ Atrial fibrillation

ผลลัพธ์ : ปัญหาไม่เกิดขึ้น ไม่มี Neuro deficit Coma score E๔V๕M๖ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๘ : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ภายหลังพยาบาลได้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค สภาพอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ แผนการรักษาของแพทย์ และความก้าวหน้าของการรักษาของแพทย์เป็นระยะๆ ญาติมีความเข้าใจมากขึ้น และคลายความวิตกกังวลลง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๙ : รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองกับทีมสุขภาพได้เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในระหว่างที่ใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยสามารถสื่อสารโดยการใช้นาฬิกามือกับพยาบาลจนได้รับการตอบสนองความต้องการได้

การพยาบาลในระยะก่อนการจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ ๑ : ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และเข้าใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๒ เพิ่มคุณภาพการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิต ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการได้รับบริการ

๖.๓ ผู้ศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคคลทางการแพทย์ของหน่วยงาน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลที่ให้การดูแลขณะที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและเพิ่งเคยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นครั้งแรก ทำให้รู้สึกอึดอัดและไม่คุ้นเคยกับการสื่อสารด้วยท่าทาง แต่เมื่อได้รับการแนะนำสามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ และความไม่คุ้นเคยกับการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยต่อต้านและหายใจไม่สัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ จึงทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จึงต้องให้ข้อมูลในความจำเป็นที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และวิธีการสื่อสารด้วยท่าทางเพื่อบอกความต้องการของผู้ป่วย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ใกล้ชิด เนื่องจากมีการเจ็บป่วยต้องมานอนโรงพยาบาลบ่อยๆ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพของญาติ ทำให้บางครั้งญาติไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ของผู้ป่วยที่รักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำอยู่บ่อยครั้ง หลังจากผู้ศึกษาได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค แนวทาง และแผนการรักษา ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจ รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ควรมีการทำแผนพับเกี่ยวกับการสื่อสาร เพื่อใช้บอกความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ความอึดอัด ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น

๙.๒ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรัง ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการเบื้องต้น และการรักษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และคนใกล้ชิด เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค รวมทั้งการกลับมารักษาซ้ำใน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานประจำปี ๒๕๖๔ วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมบุศราคม ชั้น ๘ อาคารพินนครสุรวงศ์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางวาสนา บุชบกแก้ว ๑๐๐ %

๑. ชื่อเรื่อง (เรื่องที่ ๒) การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ : เดือนกุมภาพันธ์- มิถุนายน ๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑.โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

ปอดอักเสบ (pneumonia) หมายถึง การอักเสบอย่างเฉียบพลันของเนื้อปอด ซึ่งประกอบไปด้วยถุงลม เนื้อปอดที่คั่นอยู่ระหว่างผนังถุงลม และหลอดเลือดฝอยที่อยู่ใกล้ผนังถุงลม (interstitial tissue)

สาเหตุ

๑. เชื้อแบคทีเรีย ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคปอดอักเสบพบบ่อยและรักษาได้ง่าย ได้แก่ เชื้อปอดบวมหรือนิวโมค็อกคัส (pneumococcus) ที่พบน้อยแต่ร้ายแรงได้แก่เชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัส (staphylococcus) สเตรปโตค็อกคัส (streptococcus) เคล็บซิลลา (klebsiella)

๒. เชื้อไวรัส เช่น โคโรนา-๑๙ หัด ไข้หวัดใหญ่ อีสุกอีใส เป็นต้น

๓. เชื้อไมโคพลาสมา (mycoplasma pneumoniae) ซึ่งทำให้เกิดปอดอักเสบชนิดที่เรียกว่า

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

atypical pneumonia เพราะมักจะไม่มีอาการหอบอย่างชัดเจน

๔. เชื้อรา พบได้ค่อนข้างน้อย แต่รุนแรง

๕. สารเคมี ที่พบได้บ่อยได้แก่ น้ำมันก๊าด ซึ่งผู้ป่วยสำลักเข้าไปในปอดมักจะเป็นที่ปอดข้างขวา

มากกว่าข้างซ้าย

พยาธิวิทยา

พยาธิสภาพที่เกิดในปอดอักเสบแต่ละชนิดมีดังนี้

๑. ปอดอักเสบเฉพาะกลีบ (lobar pneumonia) มีพยาธิสภาพแบ่งได้เป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ระยะเลือดคั่ง (congestion) พบใน ๑๒ - ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังจากเชื้อโรคเข้าไปในถุงลม และมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันจะมีปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายเกิดขึ้น โดยมีเลือดคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบและมีการซึมผ่านของเซลล์ต่างๆ (cellular exudates) เข้าไปในถุงลมซึ่งประกอบด้วยเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เชื้อโรค และไฟบริน (fibrin)

ระยะที่ ๒ ระยะปอดแข็งตัว (hepatization) ระยะนี้เกิดขึ้นในวันที่ ๒ - ๓ ของโรค ระยะแรกจะพบว่ามีเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ ขณะเดียวกันจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น และเริ่มมีการกินเชื้อโรคโดยเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมจะขยายตัวออกมากทำให้เนื้อปอดมีสีแดงจัดเรียกว่า red hepatization ในรายที่มีการอักเสบอย่างรุนแรง จะมีการอักเสบลุกลามไปถึงเยื่อหุ้มปอดด้วย ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดงในถุงลมมากขึ้น หลอดเลือดฝอยของปอดที่ผนังถุงลมมีขนาดเล็กลง ทำให้เนื้อปอดเปลี่ยนเป็นสีขาวเรียกว่า gray hepatization ซึ่งจะตรงกับวันที่ ๔ - ๕ ของโรค ระยะนี้จะกินเวลาประมาณ ๓ - ๕ วัน

ระยะที่ ๓ ระยะฟื้นตัว (resolution) ในวันที่ ๗ - ๑๐ ของโรค เมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคเกิดขึ้น เม็ดเลือดขาวสามารถทำลายเชื้อที่อยู่ในถุงลมได้หมด และเริ่มสลายตัว ขณะเดียวกันจะมีเอนไซม์ (enzyme) ออกมาละลายไฟบริน ของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด (exudates) ส่วนใหญ่จะถูกกำจัดออกจากบริเวณที่มีการอักเสบโดยเซลล์ชนิดโมโนนิวเคลียร์ที่หลั่งจะหลุดออกมาเป็นเสมหะขณะไอ ระยะนี้การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดจะหายไปหรือมีพังผืดเกิดขึ้นแทนพยาธิสภาพของปอดอักเสบติดเชื้อเนื่องจาก

๒. ปอดอักเสบรอบๆ หลอดลม (bronchopneumonia) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนี้จะกระจายเป็นหย่อม ๆ อยู่รอบหลอดลมในปอดกลีบเดียวกันหรือหลายๆ กลีบก็ได้ การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนี้ไม่อาจแบ่งเป็นระยะได้เหมือนอย่างในปอดอักเสบเฉพาะกลีบ

๓. ปอดอักเสบในผนังถุงลม (interstitial pneumonia) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะพบว่าผนังของถุงลมบวม และมีเซลล์ชนิดโมโนนิวเคลียร์ และไฟบรินแทรกกระจายอยู่ทั่วไป ในรายที่มีการอักเสบอย่างรุนแรง อาจพบเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (neutrophil) ได้ด้วย หรือบางครั้งอาจพบมี exudates จำนวนเล็กน้อยอยู่ในถุงลม และอาจมีการทำลายผนังถุงลมเกิดขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดง

๑. มีไข้สูง หนาวสั่นโดยเฉพาะในระยะที่เริ่มเป็นและหายใจหอบ
๒. ระยะแรกมีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ต่อมาจะมีเสมหะข้นข้นออกเป็นสีเหลือง สีเขียว สีสนิมเหล็กหรือมีเลือดปน ในเด็กโตและผู้ใหญ่ อาจมีอาการเจ็บแปลบในหน้าอกเวลาหายใจเข้าหรือเวลาไอแรงๆ บางครั้งอาจปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สีข้างหรือท้อง
๓. ฟังเสียงปอดอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ (crepitation) บริเวณที่มีการอักเสบ การขยายของปอดบริเวณนั้นจะน้อยลง ทำให้ได้ยินเสียงลมเข้าปอดเบาลง
๔. มีอาการอื่นๆ ที่ไม่จำเพาะ เช่น ท้องอืด ท้องเดิน อาเจียน กระจกกระสวย ชัก ซึม

การวินิจฉัย

๑. จากอาการแสดง คือ ไข้ ไอ หายใจหอบ ร่วมกับการฟังปอดได้ยินเสียง crepitation
๒. ภาพถ่ายรังสีปอดพบรอยฝ้าขาว
๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่สำคัญ การย้อมเสมหะ (sputum gram stain) เป็นวิธีที่มีความไว (sensitive) แต่ไม่จำเพาะ (specific) ต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาจเป็นแนวทางคร่าวๆ ถึงเชื้อก่อโรค การตรวจเสมหะเพาะเชื้อ มีความไวและความจำเพาะต่ำ การเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) ควรทำเฉพาะในรายที่เป็นรุนแรง เชื้อที่มักจะก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้แก่ streptococcus pneumoniae , haemophilus influenza

การรักษา

๑. การรักษาจำเพาะ
 - ๑.๑ ในรายที่เป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส ไม่มียารักษาที่จำเพาะ ควรให้การรักษาแบบประคับประคอง และบำบัดรักษาทางระบบหายใจที่เหมาะสม
 - ๑.๒ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเร็วที่สุด ทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย การพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะควรเลือกใช้ตามเชื้อที่คิดว่าเป็นสาเหตุ
๒. การรักษาทั่วไป
 - ๒.๑ ให้สารน้ำให้เพียงพอ แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ในรายที่หอบมาก ท้องอืดรับประทานอาหารไม่ได้ พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและงดอาหารทางปาก
 - ๒.๒ ให้ออกซิเจนในรายที่มีอาการเขียว หายใจเร็ว หอบชายโครงขมูม ภาวะวณกระวายหรือซึม
 - ๒.๓ ใช้นายายหลอดลมในรายที่ได้ยินเสียงวี๊ด (wheeze) หรือในผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อยายายหลอดลม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒.๔ พิจารณาให้ยาขับเสมหะ หรือยาละลายเสมหะในกรณีที่ให้สารน้ำเต็มที่แต่เสมหะยังเหนียวอยู่ ไม่ควรให้ยากดอาการไอโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี

๒.๕ ทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physical therapy) เพื่อช่วยให้เสมหะถูกขับออกจากปอดและหลอดลมได้ดีขึ้น

๒.๖ การรักษาอื่นๆ ตามอาการ เช่น การให้ยาลดไข้เมื่อมีไข้ เป็นต้น

๒.๗ ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวหรือหยุดหายใจ พิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจ

๑. ภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) หมายถึง ภาวะที่มีการติดเชื้อร่วมกับอาการที่แสดงถึงการตอบสนองต่อการอักเสบ (SIRS : systemic inflammatory response syndrome) อย่างน้อย ๒ ข้อ ดังนี้

๑. อุณหภูมิร่างกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียส

๒. อัตราการเต้นของหัวใจ > 90 ครั้งต่อนาที

๓. อัตราการหายใจ > 20 ครั้งต่อนาที หรือ $\text{PaCO}_2 \leq 32$ มิลลิเมตรปรอท

๔. $\text{WBC} \geq 12,000$ ลบ.มม.หรือมี immature polymorphonuclear cell $> 10\%$

ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ tissue hypo perfusion หรือ organ dysfunction โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์

ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี Systemic inflammatory response syndrome: SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไปที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ต้องใช้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (vasopressor) ในการรักษาไว้ซึ่ง Mean Arterial Pressure: MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท และมีค่า serum lactate Level > 2 มิลลิโมลต่อลิตร (๑๘ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเกิดจากการทำหน้าที่ของหลอดเลือดผิดปกติ เริ่มจากแบคทีเรียปล่อย endotoxin เข้ามาในกระแสเลือด มีผลต่อร่างกายโดยเกิดการอักเสบที่เกิดขึ้นเฉพาะจุด โดยเกิดจากเนื้อเยื่อบริเวณนั้นถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดบริเวณนั้น มีการเคลื่อนที่ของ White Blood Cell ต่างๆ ไปยังอวัยวะเป้าหมาย มีการเปลี่ยนแปลงของระบบ Metabolism และ Catabolism ของบางอวัยวะเกิดขึ้น เช่น ตับ, ม้าม และ Lymphatic Tissue และมีการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นในร่างกาย หลังจากนั้นจะเข้าสู่ภาวะ Acute phase reaction โดยระยะนี้จะมีการหลั่งสาร proinflammatory cytokines (IL-๑, IL-๒, IL-๖, TNF α) จำนวนมากออกมา (Burdette, ๒๐๑๒) หลังจากนั้นร่างกายจะหลั่งสาร

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ฮีสตามีน และโคนิน มีผลทำให้ความตึงตัวของหลอดเลือด (permeability) เพิ่มขึ้น มีการคั่งค้างของเลือดในหลอดเลือดดำมากขึ้น ส่งผลทำให้เลือดดำที่ย้อนไหลกลับไปหัวใจ (Venus Return) ลดลง และเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงตามด้วยในที่สุดความดันโลหิตก็จะต่ำลง นอกจากนี้ร่างกายจะมีการกระตุ้นคอมพลีเมนต์ต่างๆ เพิ่มการหลั่ง C๕a และ C๓a ทำให้เกิดลิ่มเลือดเล็กๆ (Micro emboli) ประกอบกับระบบการแข็งตัวของเลือดและการละลายลิ่มเลือดเสียไปจึงทำให้เกิด ภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วร่างกาย (Disseminated Intravascular Coagulation: DIC) ซึ่งลิ่มเลือดเล็กๆ ฮีสตามีน และโคนิน มีผลทำให้ความตึงตัวของหลอดเลือด(permeability) เพิ่มขึ้น มีการคั่งค้างของเลือดในหลอดเลือดดำมากขึ้น ส่งผลทำให้เลือดดำที่ย้อนไหลกลับไปหัวใจ (Venus Return) ลดลง และเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงตามด้วยในที่สุดความดันโลหิตก็จะต่ำลง นอกจากนี้ร่างกายจะมีการกระตุ้นคอมพลีเมนต์ต่างๆ เพิ่มการหลั่ง C๕a และ C๓a ทำให้เกิดลิ่มเลือดเล็กๆ (Micro emboli) ประกอบกับระบบการแข็งตัวของเลือดและการละลายลิ่มเลือดเสียไปจึงทำให้เกิด ภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วร่างกาย (Disseminated Intravascular Coagulation: DIC) ซึ่งลิ่มเลือดเล็กๆ นี้จะไปทำให้หลอดเลือดเล็กๆ อุดตันเป็นผลทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือด สารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยง ในระยะแรกเซลล์จะมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นร่างกายจะมีการปรับชดเชย โดยหัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึกมากขึ้น ร่างกายอยู่ในภาวะต่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) และในเวลาต่อมาจะเปลี่ยนเป็นภาวะ Metabolic acidosis เนื่องจากเซลล์ได้ออกซิเจนน้อยลงทำให้เซลล์ต้องอาศัยกระบวนการสร้างพลังงานโดยไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) ทำให้เกิดการคั่งของกรดแลคติกตามมา เมื่อภาวะดังกล่าวนี้ไม่ได้รับการ แก้ไขอาการของโรคจะลุกลามทำให้เซลล์และอวัยวะสำคัญของร่างกายถูกทำลายและเสียชีวิตในที่สุด

สาเหตุและพยาธิสรีรวิทยา

เชื้อจุลชีพหลายชนิดซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นเชื้อแบคทีเรีย (อาจเป็นเชื้อไวรัส หรือเชื้อราก็ได้) สามารถกระตุ้นให้เกิด sepsis ได้ โดยเมื่อจุลชีพเข้าสู่เนื้อเยื่อของร่างกายจะมีการตอบสนองของร่างกายตามมาซึ่งอาจเกิดมากหรือน้อยก็ได้ และอาจเป็นเพียงการตอบสนอง ณ บริเวณที่มีการติดเชื้อ หรืออาจลุกลามไปตามระบบต่างๆ ทั่วร่างกายได้โดยผ่านกลไกการอักเสบโดย cytokine และ mediator ต่างๆ ที่หลั่งออกมาจากเซลล์ที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อชนิดนั้นๆ (inflammatory cells) ที่สำคัญ คือ macrophage ซึ่งจะกระตุ้นกระบวนการตอบสนองต่างๆ โดยที่จุลชีพก่อโรคอาจไม่จำเป็นต้องเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อให้เกิดภาวะ sepsis ก็ได้ ตามปกติแล้วร่างกายจะตอบสนองต่อการติดเชื้อที่เนื้อเยื่อตำแหน่งต่างๆ ด้วยกลไกที่พยายามจะควบคุมจุลชีพไว้ไม่ให้บุกรุกไปเกินกว่าตำแหน่งที่ติดเชื้อ และพยายามควบคุมกระบวนการอักเสบให้อยู่แต่เฉพาะที่นั้นๆ แต่เมื่อมีการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อที่ผิดปกติมากจนเกินไปจนเนื้อเยื่อหรืออวัยวะอื่นๆ ทั่วร่างกาย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ทำงานผิดพลาดไป ก็เกิดอาการแสดงที่เป็นการตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบเหล่านี้ไปด้วยที่ เรียกว่า sepsis

การวินิจฉัยภาวะ sepsis และ septic shock

Sepsis จะวินิจฉัยเมื่อสงสัยหรือมีหลักฐานว่าติดเชื้อร่วมกับประเมนคณ The sequential organ failure assessment score (SOFA) ≥ 2 ซึ่งถ้าคะแนน SOFA ยิ่งมาก จะยิ่งเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตมากยิ่งขึ้น โดย SOFA score ในกรณีผู้ป่วยที่มาตรวจเบื้องต้นเองที่ห้องฉุกเฉิน อาจพิจารณาใช้การประเมินแบบง่ายและรวดเร็ว โดยใช้ quick Sepsis Organ Failure Assessment (qSOFA) มีเกณฑ์ในการประเมินดังนี้ ๑) Respiratory rate ≥ 22 /min ๒) Altered mentation ๓) Systolic blood pressure ≤ 100 มิลลิเมตรปรอท หรือใช้ Search Out Severity Score (SOS) หากค่า qSOFA ≥ 2 หรือ SOS ≥ 4 ให้สงสัยภาวะ sepsis และให้ประเมิน SOFA เป็นลำดับถัดไป (จินทนา แพงบุตตี, ๒๕๖๓)

เกณฑ์การวินิจฉัย (Clinical criteria)

ในการวินิจฉัย Sepsis จะต้องครบทั้ง ๓ ข้อดังนี้

๑. ภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรงจนต้องอาศัยยา vasopressors เพื่อรักษาระดับ mean arterial pressure ให้ได้ ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท (Persisting hypotension requiring vasopressors to maintain MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท)
๒. ระดับ Serum lactate level > 2 mmol/L (๑๘mg/dL)
๓. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในเบื้องต้นเพียงพอแล้ว

การรักษา

เมื่อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย sepsis และ septic shock แพทย์จะรับผู้ป่วยรายนั้นเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit) หรือ หอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีศักยภาพใกล้เคียงกับหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีเป้าหมายในการรักษาดังนี้ ๑) ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (Mean arterial pressure > 65 มิลลิเมตรปรอท) ๒) ปัสสาวะออกในเกณฑ์ที่เหมาะสม (Urine output > 0.5 ml/kg/hour) ๓) แก้ไขภาวะเนื้อเยื่อทั่วร่างกายขาดออกซิเจน (Reversal of tissue hypoxia) และให้การรักษาโดยใช้ ๖ แนวทาง (The Sepsis Six Care Bundles) ดังนี้

๑. เจาะเลือดส่ง Hemoculture ๒ ชุดพร้อมกันจากแขน ๒ ข้าง ข้างละ ๑ specimen พร้อมเจาะเลือดทุกชนิดในคำสั่ง ได้แก่ CBC, BUN/Cr, electrolyte, LFT, PT, INR และ blood lactate (ให้เจาะ venous blood โดยไม่รัด tourniquet หรือ เก็บเป็น arterial blood ก็ได้) รวมทั้งการเก็บ specimen จากแหล่งที่ติดเชื้อ ได้แก่ Sputum gram/culture, Urine gram/culture

๒. เปิด IV line เบอร์ ๑๘-๒๒ รวม ๒ เส้นเป็นอย่างน้อย เพื่อให้ Crystalloid [๐.๙%NaCl] แล้ว load free flow อย่างน้อย ๓๐ ml/kg ถ้ามีอาการของภาวะน้ำเกินอาจต้องหยุดสารน้ำก่อนถึงเป้าหมายอาจ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

พิจารณาใช้ point of care ultrasound (POCUS) มาช่วยประเมินการให้สารน้ำ

๓. ให้ antibiotics ให้เร็วที่สุดภายใน ๑ ชั่วโมง

๔. พิจารณาเริ่มยา Norepinephrine เป็น vasopressor ตัวแรก โดยเริ่มหลังจากที่ให้ IV fluid จนครบ ๓๐ ml/kg แล้ว mean arterial pressure ยังคง < ๖๕ มิลลิเมตรปรอท กรณีมี central line (คิदन้าหนักตัว ๕๐ kg) กรณีมี Central Line สามารถเลือกใช้ Norepinephrine ๘ mg ใน ๕ % DW๑๐๐ ml IV drip ๓-๒๐ ml/hr หรือ Norepinephrine ๔ mg ใน ๕ % DW๑๐๐ ml IV drip ๓-๔๐ ml/hr ก็ได้กรณีไม่มี Central Line (คิदन้าหนักตัว ๕๐ kg) ให้เตรียม Norepinephrine ๔ mg ใน ๕ % DW ๒๕๐ ml IV drip ๓-๘๐ ml/hr เท่านั้น

๕. ใส่สายสวนปัสสาวะ และบันทึกจำนวนน้ำเข้าและน้ำออก หากมีการใส่สายสวนปัสสาวะมาแล้ว ให้บันทึกจำนวนโดยการเทปัสสาวะเต็มไว้แล้วเทปัสสาวะนั้นทิ้งก่อน

การพยาบาล

๑. การประเมินภาวะ Sepsis และ Septic Shock โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการใช้แบบประเมินต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น การตรวจหาระดับแลคเตทในเลือด ค่าแลคเตทในเลือด > ๒ มิลลิโมล ต่อลิตร หมายถึง Sepsis

๒. การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (Hemoculture) เมื่อมีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ และมีแผนการรักษาให้ยาต้านจุลชีพ ควรมีการเจาะ Hemoculture และสารคัดหลั่งต่างๆ ที่น่าจะเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ พยาบาลควรเก็บสิ่งส่งตรวจก่อนเริ่มให้ยา ต้านจุลชีพและใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อให้การส่งเพาะเชื้อมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมการควบคุมแหล่งการติดเชื้อ พยาบาลควรหาแหล่งหรืออวัยวะที่มีการติดเชื้อ (Source of Infection) ร่วมกับแพทย์ หากพบว่าเป็นแหล่งของการติดเชื้อ ควรถอดสายสวน หรืออุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายออก หากไม่จำเป็นแล้วหรือเปลี่ยนใหม่

๓. การดูแลให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ เพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ซึ่งควรให้ยาที่เหมาะสมกับการติดเชื้อ โดยในช่วงแรกแนะนำให้ใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้าง (Broad Spectrum Antibiotics) และครอบคลุมเชื้อที่สงสัยเร็วที่สุดภายใน ๑ ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย Sepsis และ Septic Shock เมื่อผลเพาะเชื้อขึ้นแล้ว ควรเปลี่ยนยาต้านจุลชีพที่ครอบคลุมเชื้อแคบที่สุด พยาบาล ควรดูแลให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์

๔. การดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ควรใช้เทคนิค Fluid Challenge test เมื่อต้องให้สารน้ำ อย่างต่อเนื่อง และเลือกให้สารน้ำประเภท Crystalloid เป็นตัวเลือกแรก ในการเพิ่มปริมาณน้ำในผู้ป่วย Sepsis และ Septic Shock ในกรณีที่มึระดับความดันโลหิตต่ำ หรือมีค่า Lactate ในเลือด ≥ 4 มิลลิโมล ต่อลิตร อัตราการให้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สารน้ำอย่างน้อย ๓๐ mL/Kg ภายใน ๓ ชั่วโมง โดยให้อัตราที่เร็ว ๕๐๐-๑๐๐๐ มิลลิลิตรใน ๑ ชั่วโมงแรก พยาบาลควรติดตามปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Intravascular Volume) เป็นระยะๆ ได้แก่ Jugular Venous Pressure (JVP) ประมาณ ๓-๕ cmH₂O, Central Venous Pressure (CVP) ประมาณ ๑๐-๑๘ cmH₂O, Pulmonary Capillary Wedge Pressure (PCWP) ประมาณ ๑๕-๑๘ มิลลิเมตรปรอท หากระดับ JVP, CVP หรือ PCWP หากยังไม่ได้ตามเป้าหมายควรพิจารณาให้สารน้ำ

๖. การดูแลให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด (Vasopressors) หลังจาก Fluid Resuscitation เพื่อให้ได้ MAP \geq ๖๕ มิลลิเมตรปรอท โดยทั่วไปนิยมให้ Dopamine ๕-๑๕ mcg/kg/min และ Norepinephrine ๐.๒-๒ mcg/kg/min โดยทั่วไปการใช้ Dopamine ขนาดต่างๆเป็นยาเริ่มต้นเนื่องจากสามารถเพิ่ม Cardiac Contractility เพิ่ม Cardiac Output และเพิ่มความดันโลหิตได้ แต่ถ้าใช้ในขนาดที่สูงมากกว่า ๒๐ mcg/kg/min อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ การใช้ Norepinephrine จึงมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มความดันโลหิตและทำให้เกิดปัญหา Tachycardia ได้น้อยกว่า Dopamine พยาบาลมีหน้าที่ติดตามระดับความดันโลหิตและปรับขนาดยาตามแผนการรักษา

๗. การติดตามและประเมินปริมาณปัสสาวะทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมิน Tissue Perfusion และติดตามประสิทธิภาพการทำงานของไต เฝ้าระวังภาวะไตวาย รายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า ๐.๕ mL/kg/hr

๘. การดูแลให้ออกซิเจนเพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายมีออกซิเจนอย่างเพียงพอกับ ความต้องการ พยาบาลควรให้ออกซิเจนผู้ป่วยตามความเหมาะสมพยาบาลควรติดตามและปรับการให้ออกซิเจนเป็นระยะๆ เพื่อให้ O₂ Saturation Room Air $>$ ๙๕%

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

Sepsis หรือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั่วโลกคาดการณ์ว่าในปีหนึ่งๆ นั้นพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ถึง ๑๙ ล้านราย นอกจากนี้ ในระยะหลังยังพบว่ามีอุบัติการณ์ (incidence) ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่สูงมากขึ้นด้วย ภาวะนี้ส่งผลให้เกิดทุพพลภาพรวมถึงมีอัตราการตายที่สูงมากเนื่องจากกว่าร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยมีอายุที่มาก (๖๕-๘๔ ปี) และมีโรคประจำตัวหลายอย่าง แม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดีภายในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีความพร้อมสูงมาก (advance critical care) แต่ก็ยังพบอัตราการตายที่สูงถึงร้อยละ ๓๐ ถึง ๔๐ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา พบอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) สูงถึงร้อยละ ๖๐ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) เป็นภาวะเร่งด่วนที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากมีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ความล่าช้าในการประเมิน การวินิจฉัยและการรักษา จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการตายของผู้ป่วยได้ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคาม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ต่อชีวิตที่สำคัญ เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง ๑ ใน ๔ ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด สำหรับในประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้ออุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ รายต่อปี และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต ประมาณ ๔๕,๐๐๐ รายต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ ๓๒.๐๓ หรืออาจสรุปได้ว่า มีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ๑ ราย ทุก ๓ นาที และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต ๕ รายในทุก ๑ ชั่วโมง การดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และเพิ่มความตระหนักของทีมผู้ดูแลถึงความรุนแรงปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษา มุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะแรก และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการแบบเร่งด่วน มีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ ๖ ชั่วโมงแรก (Early goal direct therapy: EGDT) ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนโลหิต การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้กำหนดตัวชี้วัดการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะอยู่ที่มากกว่าร้อยละ ๙๐ และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรคมภายใน ๖๐ นาที มากกว่าร้อยละ ๙๐ แต่ยังคงพบ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของประเทศไทยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ อยู่ที่ร้อยละ ๓๔.๙๐ ซึ่งการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ต้องมีระบบการจัดการที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ดีอันจะส่งผลต่อความปลอดภัย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต พยาบาลจำเป็นต้องสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะคุกคามของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาและสารน้ำในช่วงระยะวิกฤตได้ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ ในการประเมินผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่ม ประเมินสภาพ วางแผนการดูแลในการช่วยเหลือด้านการพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ศึกษาจึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายกรณีศึกษาเพื่อเป็นแหล่งความรู้และแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

๑. เพื่อให้ทราบถึงกลไกและพยาธิสภาพของการเกิดภาวะ Sepsis และ ภาวะ Septic shock
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมในภาวะวิกฤต
๓. เพื่อศึกษาถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา High Alert drug
๔. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ที่อยู่ในระยะวิกฤต

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เป้าหมาย ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ได้มาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณีในผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis และมีภาวะ Septic shock ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลหัวหิน เป็นการเลือกเคสแบบเจาะจง ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินภาวะสุขภาพ และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาทางแพทย์ จากเวชระเบียนผู้ป่วย จากการสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ โดยใช้มาตรฐานการพยาบาล ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เริ่มตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับและเข้าสู่ การวางแผนจำหน่าย

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนที่ทำให้ต้องมีการประเมินอาการและค้นหาปัญหาทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต

๒. ศึกษา ค้นคว้าข้อมูลทางด้านวิชาการ จากตำราในห้องสมุดโรงพยาบาล สื่อวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพ วารสารทางการแพทย์และการพยาบาล การขอคำแนะนำจากอายุรแพทย์ และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรม และพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

๓. ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซักถามประวัติที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

๔. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ติดตามอาการ ประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย แบบแผนการรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

๕. วินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและตามแผนการรักษาของแพทย์

๖. ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลต่อเนื่องเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด โดยให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง

๗. บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาล

๘. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

๙. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาจัดทำเป็นเอกสารวิชาการนำเสนอเผยแพร่ตามลำดับ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษา

หญิงไทยวัย ๗๕ ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ งานบ้าน เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ ๓ ชม.ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

๕ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ไอ มีเสมหะสีขาวขุ่น ไม่มีไข้ ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ต่ำๆ โอมมากขึ้น หายใจเหนื่อย รู้สึกเพลีย ไปรับการรักษาที่คลินิกได้ยาลดไข้และยาฆ่าเชื้อมารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น ๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ และหายใจเหนื่อยหอบ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๖.๑๐ น.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

๑. เป็นความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มานานมากกว่า ๑๐ ปี รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๒. เคยได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกตาข้างซ้ายมาประมาณ ๕ ปี

๓. ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารและสารเคมี

การรักษาและการพยาบาล

วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ แรกรับผู้ป่วยที่ ER ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ BT ๓๘.๕ °C RR ๒๘/min HR ๑๓๒/min BP ๑๒๗/๘๘ mmHg, O_๒ saturation ๙๖ %, SOS ๓, EKG ๑๒ lead show AF with RVR HR ๑๕๐-๑๖๕ /min เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล Blood Lactate ๘.๑ mmol/L, CBC: Hct. ๔๐ %, WBC ๒๑,๕๕๐ /uL, Plt ๑๖๕,๐๐๐ /UL, FBS ๒๕๒ mg/dl, BUN ๒๓ mg/dl, Cr ๑.๓๗ mg/dl, Trop-T< ๓.๐๐ ng/l ผล ABG: PH ๗.๒๓๑, PCO_๒ ๓๔ mmHg, PO_๒ ๘๗ mmHg, HCO_๓ ๑๓.๓ mmol/L, PT ๒๓.๒ sec, PTT ๓๘.๖ sec, INR ๑.๘๒ Repeat EKG ๑๒ lead show AF with RVR HR ๑๓๕ -๑๔๕ /min, load NSS ๒๐๐ ml. ผล CXR : มี infiltration Lt. middle & lower lung เพิ่ม Septic work up Stat ยา Cef-๓ ๒ gm. iv, Load NSS อีก ๕๐๐ ml. จนครบ ๑,๐๐๐ ml. then ๘๐ ml/hr. On O_๒ Canula ๓ LPM แพทย์ให้การวินิจฉัย Pneumonia with Sepsis with AF with RVR with Dyspepsia with Acidosis Admit อายุรกรรมหญิง เวลา ๑๐.๑๕ น.

แรกรับที่อายุรกรรมหญิง ผู้ป่วยค่อนข้างซึม หายใจเหนื่อย RR ๓๐/min O_๒saturation ๗๗ % แพทย์ Intubate ET-Tube No ๗.๕ ลึก ๒๐ cms. On Ventilator P-CMV mode PS ๒๐ mmHg PEEP ๑๐ mmHg, FiO_๒ ๑.๐ สัญญาณชีพ BT ๓๗.๘ °C, RR ๓๐ /min, HR ๑๒๖ /min. BP ๑๑๑/๖๙ mmHg, เวลา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๑๔.๐๐น. EKG monitor show AF with RVR HR ๑๔๐-๑๕๕ /min. แพทย์สั่งให้ Cordarone ๑๕๐ mg. iv then ๙๐๐ mg. iv drip in ๒๔ ชม. ผู้ป่วย on NG มี content เป็น coffee ground ๘๐ ml. Lavage ด้วย NSS ๕๐๐ ml จน clear ตี observe Hct ทุก ๖ ชม. และจองเลือด On Controloc ๘ mg./hr. จองย้ายลง ICU อายุรกรรมถ้ามีเตียงว่าง และ Notify ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการติดตามผล Hct พบอยู่ในช่วง ๓๓-๓๕ % ติดตามผล ABG PH ๗.๒๓๘ PCO_๒ ๓๓ mmHg PO_๒ ๒๕ mmHg HCO_๓ ๑๔.๑ mmol/L มีภาวะ Metabolic acidosis, แพทย์ให้ ๗.๕ % NaHCO_๓ ๑๐๐ ml. iv drip in ๒ ชม. และตาม Lab เข้า (I=๒๘๐๐ml O=๖๕๐ml/day)

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ผู้ป่วยรู้สึก On Ventilator P-CMV mode PS ๒๐ mmHg PEEP ๑๐ mmHg, FiO_๒ ๑.๐ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ O_๒saturation ๙๙-๑๐๐ % เวลา ๗.๐๐ เจาะ DTX ผล Low แพทย์ให้ ๕๐% glucose ๕๐ ml iv ๒ dose และให้ ๑๐%D/NSS ๑,๐๐๐ ml. rate ๔๖ ml/hr ติดตาม DTX ทุก ๔ ชม. ผล DTX อยู่ในช่วง ๘๗-๑๓๙ mg/dl มีภาวะ Metabolic acidosis ได้ ๗.๕% NaHCO_๓ ๑๐๐ ml. iv ๓ dose และให้สารน้ำ ๗.๕%NaHCO_๓ ๑๕๐ ml ผสมใน ๑๐%D/W ๘๕๐ ml. rate ๔๐ ml/hr. มีภาวะ Hyperkalemia K ๕.๘ mmol/L ให้ Kalimate ๓๐ gm ๔ dose ติดตามผล electrolyte K ๔.๗ mmol/L ผล Hemoculture พบ gram negative bacilli ๒ ชนิด ปรับยา ATB เป็น Fortum ๒ gm. ทุก ๘ ชม. Clindamycin ๖๐๐ mg. ทุก ๘ ชม. เวลา ๑๕.๐๐น. EKG monitor show HR ๑๑๗ /min RR ๒๔/min BP ๖๕/๔๙ mmHg BT ๓๘.๕ °C Urine out put ลดลง ๒๐-๕๐ ml/๔ชม. แพทย์ให้ Start Levophed (๔:๒๕๐) rate ๑๐ ml/hr ปรับ rate ขึ้นจนถึง ๒๐ ml/hr SBP ๘๐-๑๒๐ mmHg, DBP ๖๐-๙๐ mmHg แพทย์พิจารณาให้ Hydrocortisone ๒๐๐ mg iv in ๒๔ hr ร่วมด้วย เปลี่ยนยา ATB เป็น Tazocin ๔.๕ gm. iv ทุก ๖ ชม. ติดตามผล ABG PH ๗.๑๕๕ PCO_๒ ๑๙ mmHg PO_๒ ๙๔ mmHg HCO_๓ ๖.๕ mmol/L, ผลการตรวจ BUN ๒๓ mg/dl Cr ๒.๑๓ mg/dl แพทย์พูดคุยกับญาติเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย และ Prognosis ของโรคกับลูกสาวและญาติพี่น้อง record I/O = ๑,๓๐๕/๗๕๐ ml/day

๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On ventilator P-CMV mode PS ๒๐ mmHg PEEP ๑๐ mmHg, FiO_๒ ๑.๐ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ O_๒saturation ๙๙-๑๐๐ % ปรับลด FiO_๒ เหลือ ๐.๖ Levophed (๔:๒๕๐) rate ๑๐ ml/hr NG tube ต่อลงถุงมี content เป็น Bile แพทย์เริ่มให้ Feed BD (๑:๑) ๑๕๐ ml x ๔ feed ผู้ป่วยสามารถรับ BD ได้หมดทุกมื้อไม่มีอาหารเหลือค้าง แพทย์ให้ Try off Levophed และเวลา ๑๗.๐๐ น. off Levophed สัญญาณชีพ BT ๓๘.๔ °C, RR ๒๐ /min, HR ๑๑๑ /min. BP ๙๙-๑๒๕/๖๔-๘๙ mmHg ผล CXR : มี infiltration Lt. middle & lower lung ลดลง record I/O = ๑,๑๕๐ /๑,๐๕๐ ml/day

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ผู้ป่วย E๔VTM๖ On ventilator P-CMV mode PS ๒๐ mmHg PEEP ๑๐ mmH₂O, FiO₂ ๐.๖ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ O₂ saturation ๑๐๐ % สัญญาณชีพ BT ๓๗.๕ °C RR ๑๘ /min HR ๘๐/min BP ๑๑๐/๘๕ mmHg เริ่ม try wean ventilator ปรับเป็น PSV mode PEEP ๕ PS ๑๔ FiO₂ ๐.๕ ตั้งแต่วันที่ ๙.๐๐-๒๐.๐๐ น. ผู้ป่วยหายใจ สัมพันธ์กับเครื่องดีไม่มีการเหนื่อยหอบ RR ๑๘-๒๒ /min HR ๗๘-๙๐/min BP ๑๑๑-๑๒๒/๗๗-๘๕ mmHg O₂ saturation ๑๐๐ % เพิ่ม BD (๑.๒:๑) ๒๕๐ ml x ๔ Feed รับ BD ได้หมดทุกมื้อไม่มีอาหารเหลือค้าง ๒๐.๐๐ น. พักการ wean ventilator ปรับเป็น P-CMV mode ผล sputum C/S, Urine C/S H/C พบ Pseudomonas aeruginosa แพทย์รับทราบให้ Tazocin ต่อ record I/O = ๑๒๕๐/๘๕๐ ml /day

๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On ventilator P-CMV mode PS ๒๐ mmHg PEEP ๑๐ mmH₂O, FiO₂ ๐.๔ หายใจ สัมพันธ์กับเครื่องดีไม่มีการเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ BT ๓๗ °C RR ๑๘ /min HR ๘๕ /min BP ๑๒๐/๘๓ mmHg O₂ saturation ๑๐๐ % แพทย์ try ลด PS ๑๒ และช่วง ๑๔.๐๐ น. ให้ try ลด PS ๘ และเตรียม off ET-tube repeat LAB BUN ๒๐ mg/dl Cr ๑.๐๓ mg/dl และให้ Dexamethazone ๔ mg iv ทุก ๖ ชม. record I/O = ๑๒๐๐/๗๕๐ ml/day

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On ventilator P-CMV mode PS ๘ mmHg PEEP ๑๐ mmH₂O, FiO₂ ๐.๔, O₂ saturation ๑๐๐ % สัญญาณชีพ BT ๓๗ °C RR ๒๐/ min HR ๘๕/ min BP ๑๒๐/๘๕ mmHg แพทย์ตรวจเยื่ออาการพิจารณาให้ทำ Cuff leak test ผล Positive พิจารณาให้ off Et-tube on mask with bag ๑๐ LMP ฟัน Berodual ๑ neb ทุก ๖ ชม. O₂ saturation ๙๕-๑๐๐ % RR ๑๖-๒๐ /min สามารถ try canular ๓-๕ LMP record I/O = ๘๕๐ ml /๗๕๐ ml/day

๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ BT ๓๖.๘ °C RR ๑๘ /min HR ๗๕ /min BP ๑๐๙/๗๕ mmHg try room air ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ O₂ saturation ๙๘-๙๙ % แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ส่ง ผล CXR พรุ้งนี้

๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ รับประทานอาหารทางปากได้ดี หายใจ room air ไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผล CXR ของวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ไม่มี infiltration แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ V/S ก่อนการจำหน่าย BT ๓๖.๕ °C RR ๑๘ /min HR ๗๒/min BP ๑๒๔/๗๙ mmHg แพทย์นัดมาตรวจที่คลินิกอายุรกรรมเพื่อติดตามผลการรักษาอีก ๑ เดือน รวมระยะเวลาผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ๙ วัน จากการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ผู้ป่วยพบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๙ ข้อวินิจฉัย ดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ/ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ : มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผู้ป่วยซึมลง
๒. หายใจเหนื่อย RR ๓๐/min
๓. O₂ saturation แรกรับไว้ที่อายุรกรรมหญิง ๗๗ %
๔. ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ : เสี่ยงต่อภาวะ Embolic stroke เนื่องจากมีภาวะ Atrial fibrillation

ข้อมูลสนับสนุน

๑. EKG ๑๒ lead ที่ ER show AF with RVR HR ๑๔๐ -๑๗๕/min
๒. EKG monitor show AF with RVR HR ๑๓๕-๑๕๐/min.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ : มีภาวะไม่สมดุลกรด-ด่างในร่างกายเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. มีภาวะ metabolic acidosis ผล ABG (วันที่ ๑๑ ก.พ. ๖๔ เวลา ๒.๑๕ น.) ที่ ER PII ๗.๑๕๕, PCO_๒ ๑๙ mmHg, HCO_๓ ๖.๕ mmHg,
๒. ผู้ป่วยมีภาวะ sepsis blood lactate ๘.๑ mmol/L CBC : WBC ๒๑,๘๘๐ U/L
๓. ผล Hemoculture พบ เชื้อ Pseudomonas aeruginosa

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ : ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากอาการผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ลูกสาวมีสีหน้าครุ่นคิดและวิตกกังวล ไม่ค่อยมีสมาธิในการรับรู้ข้อมูลจากพยาบาลและแพทย์
๒. ญาติมักสอบถามอาการผู้ป่วยจากทีมแพทย์และพยาบาลบ่อยครั้ง

การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ : ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีต่ำลงเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. SIRS อุณหภูมิ ๓๘.๐-๓๘.๙ °C HR ๑๑๔/min, WBC ๒๑,๘๘๐ U/L ,

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๒. Hemoculture พบ เชื้อ Pseudomonas aeruginosa

๓. BP ๖๗/๔๙ mmHg

๔. Urine out put ลดลง ๒๐-๕๐ ml/๔ชม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ : มีภาวะไม่สมดุลเกลือแร่ และกรด-ด่างในร่างกายเนื่องจากการติดเชื้อ
ในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีภาวะ metabolic acidosis ผล ABG ที่ PH ๗.๑๕, HCO_๓ ๖.๕ mmol/L

๒. มีภาวะ Hyperkalemia ผลตรวจ Electrolyte ค่า K ๕.๕ mmol/L

๓. ผู้ป่วยมีภาวะ Sepsis blood lactate ๘.๑ mmol/L CBC : WBC ๒๑,๘๘๐ U/L

๔. Hemoculture พบ เชื้อ Pseudomonas aeruginosa

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ : มีภาวะ Hypoglycemia เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๗.๐๐ น. เจาะ DTX ผล Low ผู้ป่วยซึมลง

๒. เจาะ blood lactate ๘.๑ mmol/L CBC : WBC ๒๑,๘๘๐ U/L

๓. Hemoculture พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ : ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงเฉียบพลันเนื่องจากภาวะ
Septic shock

ข้อมูลสนับสนุน

๑. วันที่ ๑๑ ก.พ.๖๔ ค่า Cr. ๒.๑๓ mg/dl BUN ๓๓ mg mg/dl

๒. ผู้ป่วยมีภาวะ shock BP ๖๗/๔๙ mmHg Start Levophed (๔:๒๕๐) rate ๑๐ ml/hr

๓. Urine out put ลดลง ๒๐-๕๐ ml/๔ชม.

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนการจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ ญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย
ต่อเนื้องที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ญาติมักสอบถามพยาบาลว่าเมื่อผู้ป่วยหายกลับบ้านแล้วต้องเฝ้าระวังดูแลอย่างไรไม่ให้เป็น

อีก

๒. ญาติมีสีหน้ากังวล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การพยาบาล

๑. การประเมินภาวะการติดเชื้อ สาเหตุ และภาวะ Septic Shock โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการใช้แบบประเมินต่างๆ การตรวจหาระดับแลคเตทในเลือด ค่าแลคเตทในเลือด > ๒ มิลลิโมลต่อลิตร หมายถึง Sepsis

๒. การเจาะเลือดเพาะเชื้อ (Hemoculture) เมื่อมีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ และมีแผนการรักษาให้ยาต้านจุลชีพ พยาบาลควรเก็บสิ่งส่งตรวจก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพและใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อให้การส่งเพาะเชื้อมีประสิทธิภาพ

๓. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์เร็วที่สุดภายใน ๑ ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย Sepsis และมีคำสั่งการรักษา

๔. การดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ในผู้ป่วย Sepsis และ Septic Shock ในกรณีที่มีระดับความดันโลหิตต่ำ หรือมีค่า Lactate ในเลือด ≥ 4 มิลลิโมลต่อลิตร อัตราการให้สารน้ำอย่างน้อย ๓๐ ml/Kg ภายใน ๓ ชั่วโมง โดยให้อัตราที่เร็ว ๕๐๐-๑๐๐๐ มิลลิลิตรใน ๑ ชั่วโมงแรก ตามแผนการรักษา

๕. พยาบาลควรติดตามปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Intravascular Volume) เป็นระยะๆ ได้แก่ Jugular Venous Pressure (JVP) ประมาณ ๓-๕ cmH₂O, Central Venous Pressure (CVP) ประมาณ ๑๐-๑๕ cmH₂O, หากระดับ JVP, CVP ยังไม่ได้ตามเป้าหมายควรพิจารณาให้สารน้ำ

๖. ดูแลให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด (Vasopressors) หลังจาก Fluid Resuscitation เพื่อให้ได้ MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท ติดตามระดับความดันโลหิตและปรับขนาดยาตามแผนการรักษา

๗. การติดตามและประเมินปริมาณปัสสาวะทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมิน Tissue Perfusion และ ติดตามประสิทธิภาพการทำงานของไต เฝ้าระวังภาวะไตวาย รายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า ๐.๕ ml/kg/hr

๘. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ / ออกซิเจนชนิดต่างๆ ตามแผนการรักษา เพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายมีออกซิเจนอย่างเพียงพอกับความต้องการ และปรับการให้ออกซิเจนเป็นระยะๆ เพื่อให้ O₂ Saturation Room Air > ๙๕%

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ/ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ : มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพปกติ ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหอบเหนื่อย O₂saturation ๙๙-๑๐๐ % capillary refill < ๒ วินาที ไม่มีภาวะ Cyanosis ปลายมือปลายเท้าสีปกติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)(ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ/ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ : เสี่ยงต่อภาวะ Embolic stroke เนื่องจากมีภาวะ Atrial fibrillation

ผลลัพธ์ : ปัญหาไม่เกิดกับผู้ป่วย Glasgow coma scale เท่ากับ E๔V๕M๖ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง Motor power แขนทั้งสองข้าง ระดับ ๕ ขาทั้งสองข้าง ๕ Pupil เท่ากับ ๒.๕ มิลลิเมตร RTL BE เท่ากันทั้งสองข้าง สัญญาณชีพปกติ หลังได้รับยา Cordarone EKG show sinus rhythm HR ๘๐-๑๑๔ /min

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ : มีภาวะไม่สมดุลกรด-ด่างในร่างกายเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ABG (วันที่ ๑๑ ก.พ. ๖๔ เวลา ๙.๑๕ น.) ที่ ER PH ๗.๒๕๙, PCO_2 ๒๕ mmHg, HCO_3 ๑๖.๕ mmHg, ลักษณะการหายใจปกติไม่มีหอบลึก ไม่มี Kussmaul breathing

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ : ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากอาการผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปญาติคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยในเรื่องโรค อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตลอดจนจนแนวทางและแผนการรักษาของแพทย์ และได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา สามารถอธิบายได้ถูกต้อง เหมาะสมและให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ : ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีต่ำลงเนื่องจากผู้ป่วยมี ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ BT ๓๘.๕ °C, RR ๑๘-๒๐ /min, HR ๘๐-๑๑๒ /min. BP ๙๖-๑๒๘/๖๘-๘๙ mmHg record I/O= ๑,๑๕๐ /๑,๐๕๐ ml/day O_2 Saturation ๙๙-๑๐๐ % และไม่เกิดภาวะการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) ของยา Levophed

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ : มีภาวะไม่สมดุลเกลือแร่ และกรด-ด่างในร่างกายเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ หายใจปกติไม่มี Kussmaul breathing ABG (วันที่ ๑๑ ก.พ. ๖๔ เวลา ๙.๑๕ น.) ที่ ER PH ๗.๒๕๙, PCO_2 ๒๕ mmHg, HCO_3 ๑๖.๕ mmHg ประเมินผล ติดตาม Electrolyte K^+ = ๔.๕ mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ : มีภาวะ Hypoglycemia เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ภายหลังได้ ๕๐% glucose ๕๐ ml iv ๒ dose ผู้ป่วยรู้สึกตัว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ดี ติดตาม เจาะ DTX ทุก ๔ ชั่วโมง Feed BD (๑:๑) ๑๕๐ ml x ๔ feed ผู้ป่วยสามารถรับ BD ได้หมดทุกมื้อไม่มีอาการ Hypoglycemia ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในช่วง ๘๑-๑๓๕ mg/dl

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ : ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงเฉียบพลันเนื่องจากภาวะ Septic shock

ผลลัพธ์ : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพเป็นปกติ หลังทำการให้สารน้ำ load ๑,๕๐๐ ml Urine output > ๓๐ ซีซี/๑ ชั่วโมง มีความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออก ไม่มีอาการบวม I/O = ๑,๑๕๐ / ๑,๐๕๐ ml/day ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ติดตามค่า BUN ๒๐ mg/dl, Cr ๑.๐๓ mg/dl

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนการจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ ญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยและญาติรับทราบวิธีการปฏิบัติตัว เมื่อประเมินย้อนกลับ สามารถตอบคำถามวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบและมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

๒. สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยเน้นการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อก

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การเกิดภาวะปอดอักเสบ ร่วมกับมีภาวะ Septic Shock เป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนที่ต้องประเมินและให้การพยาบาลอย่างถูกต้องรวดเร็ว การประเมิน Sepsis และ Septic Shock ในผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรก จากการซักประวัติ แหล่งของการติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ระบบต่าง ๆ เพื่อประเมินระยะของช็อก จะช่วยในการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างทัน่วงที่ การดูแลผู้ป่วย Septic Shock ที่สำคัญคือ การให้ยาปฏิชีวนะใน ๑ ชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัยและการควบคุมแหล่งที่ติดเชื้อ การส่งเพาะเชื้อเพื่อให้การรักษาได้ผลดีและยืนยันความถูกต้องในการรักษา การให้สารน้ำที่รวดเร็วและเพียงพอกับความต้องการ และมีปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เพียงพอ เป้าหมาย MAP > ๖๕ mmHg (Hemodynamic Support) การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ กรณีมีภาวะหายใจล้มเหลว ตลอดจนการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนการเสียน้ำที่การทำงานของไต พยาบาลในทีมการดูแลผู้ป่วยหากสามารถประเมิน และให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในเวลาที่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย Sepsis และ Septic Shock มีคุณภาพ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และลดอัตราการตายได้ สิ่ง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

สำคัญที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ คือพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การป้องกันภาวะไตเสื่อมที่จะรุนแรงเป็นภาวะไตวาย รื้อรังได้ การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแล ตามกระบวนการดังกล่าว ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับบ้านได้ และระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ญาติจะเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ดังนั้น พยาบาลควรให้การประคับประคองด้านจิตใจแก่ญาติ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การสอบถามข้อมูล ชักประวัติจากผู้ป่วยระยะแรกทำได้ค่อนข้างยากเพราะผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อย อยู่และเป็นผู้สูงอายุ ต้องสอบถามจากญาติและบางทีข้อมูลไม่ต่อเนื่องเพราะญาติผลัดกันดูแล ทำให้เกิดความ ลำบาก

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วย Sepsis ในรายที่รุนแรงถึงขั้น เกิดภาวะ Septic shock มักมีภาวะการหายใจล้มเหลวร่วมด้วย จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องได้รับการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาในการ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

๒. ควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (Clinical nursing practice guideline : CNPG) เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) -

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางวาสนา บุชบกแก้ว ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....นางวาสนา บุชบกแก้ว.....

(นางวาสนา บุชบกแก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวาสนา บุชบกแก้ว	วาทนา บุชบกแก้ว

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... วาทนา ทอวัน

(นางสาวอติภา ทองจีน)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ เดือน กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๕

ลงชื่อ.....

(นางรุจา ปิ่นน้อย)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล

วันที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๕

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง : การพัฒนารูปแบบการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2.หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ต้องรองรับการส่งต่อ (Refer in) ผู้ป่วยหนักจากโรงพยาบาลชุมชนทั่วทั้งจังหวัดทั้ง ๗ แห่ง รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเพชรบุรี จากรายงานข้อมูลสถิติในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผู้ป่วยหนัก/วิกฤต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน ๑๔,๕๗๐, ๑๒,๘๘๕ และ ๑๒,๕๒๒ รายตามลำดับ มีผู้ป่วยหนักประมาณร้อยละ ๓๐.๔๔ ไม่สามารถเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ได้เนื่องจากเตียงเต็ม ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ จากรายงานข้อมูลสถิติโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่ามีผู้ป่วยหนัก-วิกฤตหรือผู้ป่วยเกรต ICU เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยสามัญมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีจำนวนดังนี้ ๑๔๔๙, ๑๘๕๓ และ ๒,๔๗๐ รายตามลำดับ สัดส่วนผู้ป่วยเกรต ICU ในหอสามัญ คิดเป็น ร้อยละ ๙.๙๔, ๑๔.๓๑ และ ๑๙.๗๒ ตามลำดับ ผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่กระจายอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย ศัลยกรรมชาย และศัลยกรรมหญิงและเด็ก ซึ่งหอผู้ป่วยดังกล่าวมีข้อจำกัดทั้งในด้านอัตรากำลังทางการพยาบาล สถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และสมรรถนะของบุคลากรในหอผู้ป่วยสามัญ ทำให้เกิดความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ตามมาตรฐาน มีปัญหาในการเฝ้าระวัง การสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยบางรายมีอาการทรุดลงเข้าสู่ภาวะวิกฤตฉุกเฉิน และมีการย้ายผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า โดยในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบมีผู้ป่วย Unplanned ICU จำนวน ๑๖๕ , ๑๒๔ และ ๑๑๗ รายตามลำดับ กลุ่มโรคสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงจนใส่ท่อช่วยหายใจและหรือการทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ๕ อันดับแรก ดังนี้ ๑) Pneumonia ๒) Stroke ๓) โรคหัวใจ (AMI & CHF) ๔) Head injury และ ๕) COPD

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อนและคุกคามต่อชีวิต มีความต้องการการดูแลสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูง และมีผู้ดูแลที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม
๒. เพื่อให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังประเมินอาการเปลี่ยนแปลง วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ทางคลินิก และความต้องการการดูแลรักษาพยาบาล สามารถใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

๓. เพื่อให้สามารถจัดการ ป้องกันความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรคและการรักษา เพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วย วิกฤตในหอสามัญอายุกรรมได้

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่จะเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุกรรม ส่วนใหญ่มีภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรง คุกคามชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาที่รวดเร็วและมีความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้ง ได้รับความที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนที่ ป้องกันได้ เช่น การเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและสารอาหาร การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การเกิดปอด อักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ การเกิด deep vein thrombosis และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้อัตราการเสียชีวิตและจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะ เฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วให้การ ช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และต้องสามารถติดตามประเมินผล พื้นฟูสภาพและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม พ้นจากภาวะ วิกฤตอย่างรวดเร็วและมีความปลอดภัย (patientsafety goal) ผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการรักษาจากทีมสห สาขาวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และมีการปรับปรุงวิธีการดูแลที่เป็นปัจจุบันโดยนำ หลักฐานเชิงประจักษ์และผลการวิจัยใหม่ ๆ มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด จากการทบทวนผล การปฏิบัติงานและวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิงไม่ได้ คุณภาพตามมาตรฐาน พบประเด็นดังนี้ ๑) สมรรถนะของบุคลากร พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลใหม่ ร้อยละ ๔๐ ของพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานช่วง ๑-๓ ปี ซึ่งยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนัก- วิกฤตน้อย และในหอผู้ป่วยยังไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ๒) การนิเทศทาง คลินิกไม่สม่ำเสมอขาดความต่อเนื่อง มุ่งเน้นการตรวจตรามากกว่าการสอนทางคลินิกและพยาบาลใหม่รู้สึกว่าการ นิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นการจับผิดมากกว่าการสร้างขวัญและกำลังใจ ๓) ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย ไม่บรรลุเป้าหมาย ๔) หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิงยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยที่เป็น มาตรฐานกลางที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นมีการทบทวนค้นหา แนวทางการดูแลที่เหมาะสมในหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิงตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพให้มีความชัดเจน ทั้ง กระบวนการปฏิบัติ การนิเทศ ผู้เสนอผลงานจึงได้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย วิกฤตในหอสามัญอายุกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกันภายใต้ข้อกำหนด มาตรฐานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ในสถานระดับทุติยภูมิและตติยภูมิใน

ขั้นตอน/กระบวนการพัฒนา

ระยะที่ ๑

- ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม

ระยะที่ ๒

- พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม และทบทวนหลักฐานเชิง

ประจักษ์ที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน

ระยะที่ ๓

- ทดลองใช้ และปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม

ระยะที่ ๔

- พัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
- ทบทวนการนิเทศทางคลินิกโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย
- นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ปรับปรุงแล้วลงปฏิบัติ
- ติดตามประเมินผลลัพธ์

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. หน่วยงานสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาล โดยใช้แนวทางการปฏิบัติงาน (work instruction) เป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติพยาบาล เพื่อให้การทำงานมีความถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

๒. บุคลากรมีความรู้ความสามารถและมีสมรรถนะที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน มีความตระหนักเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาล

๓. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานบริการ มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ควบคุมและป้องกันได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพความรู้/สมรรถนะเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต > ๙๕ %
๒. อุบัติการณ์ผู้ป่วย Unplan CPR เท่ากับ ๐
๓. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ < ร้อยละ ๕ %
๔. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอสามัญ > ๘๐ %

ลงชื่อ..... *นางวาสนา บุชบงแก้ว*

(นางวาสนา บุชบงแก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕