

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลนายายอาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวนิศารัตน์ พูลพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นายภานุวัฒน์ สุขสกล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลนายายอาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวนิศารัตน์ พูลพัฒน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๒๙๙๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๒๙๙๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** เรื่อง การพัฒนาขวดเก็บเสมหะสุญญากาศ **รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”**					

เอกสารแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
ลำดับที่ 1 นางสาวนิศารัตน์ พูลพัฒน์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน**

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่ รับไว้ไน โรงพยาบาล วันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๕๙ น.
วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๕๙ น.
วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๐๐ น.
รวมระยะเวลาในการดูแล ๖ วัน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในประเทศไทยเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขในแต่ละปีเกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจโดยมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ อย่างถาวรเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือในเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบลงสาเหตุส่วนใหญ่ของปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดจากการที่หลอดลมระคายเคืองเป็นเวลานานจากการสูบบุหรี่ สิ่งแวดล้อมและอาชีพที่เกี่ยวข้องกับมลภาวะมีผลทำให้เกิดการลุกลามติดเชื้อในเวลาต่อมา (คณาจารย์ สถาบันบรมราชชนก, ๒๕๔๘) จากสถิติการระบาดวิทยาในสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. ๒๕๔๘ พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ ๑๔ ล้านคนและผู้ที่สูบบุหรี่จะเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณร้อยละ ๑๕ ทำให้ประมาณได้ว่า ในประเทศไทยซึ่งมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ ๑๐ ล้านคนจะมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ ๑.๕ ล้านคนและ มีรายงานอุบัติการณ์การตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำลังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นและมีมลภาวะทางอากาศสูง (Lopez & Murray , ๑๙๙๘ อ้างในวิทยา ศรีมาตา และคณะ, ๒๕๔๖)

สถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนายายอามพบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน ๓๔๖ รายแยกเป็น ๑๑๗ ราย ๑๐๔ รายและ ๑๒๕ ราย ตามลำดับ

ซึ่งจากสถิติพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขตามมา เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยจะมีการอุดกั้นหลอดลมไม่สามารถแก้ไขให้กลับเป็นปกติได้ซึ่งอาการ จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอุดกั้นของหลอดลมเมื่อเป็นเรื้อรังจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆทีละน้อย เริ่มตั้งแต่ การทดสอบพบว่าการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในไม่สมบูรณ์โดยที่ไม่มีอาการเหนื่อยหอบและ ต่อมามีอาการเหนื่อยหอบเมื่อออกแรงจนถึงระยะสุดท้ายเกิดภาวะออกซิเจนลดต่ำลงอย่างเรื้อรัง (Chronic hypoxemia) ทำให้การดำเนิน โรคแย่ลงเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ตามมาซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดโดยปราศจากอาการแทรกซ้อน พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในสถานะที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดทั้งผู้ป่วยและครอบครัวโดยต้องใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและ การปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว รวมทั้งสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อให้การ ช่วยเหลือด้วยความละเอียดรอบคอบและมีทักษะเฉพาะและเพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพอันจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิตได้และเมื่อออกจากโรงพยาบาลต้องให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หมายถึงกลุ่มอาการของโรคที่มีลักษณะสำคัญคือทางเดินลมหายใจภายในปอดถูกอุดกั้นเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือในเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบลงหรือ ตันการอุดกั้นในปอดที่เกิดขึ้นจะเป็นเรื้อรังและเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่กลับคืนสู่สภาพปกติโดยมากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นทั่วไปๆทั้งปอดแต่อาจเป็นเฉพาะแห่งก็ได้การดำเนินของโรคจะค่อยเป็น ค่อยไปและเลวลง ในโรคกลุ่มนี้ ประกอบด้วย โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ซึ่งในทางเวชกรรมจะพบร่วมกันและแยกจากกันได้ยากมากหรือไม่ได้ เลย นอกจากนี้อาจรวมโรคหอบหืดเรื้อรัง (Chronic asthmatic bronchitis) โรคหลอดลมพอง (bronchiectasis) หลอดลมที่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆเพิ่มขึ้นโดยที่พยาธิสภาพไม่อาจกลับคืนสภาพ ปกติลักษณะของโรคที่สำคัญคือ การหายใจลำบากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการฉับพลัน (COPD with acute exacerbation) หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการเหนื่อยมากขึ้นกว่าเดิม มีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นและมีเสมหะเปลี่ยนสีซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อในระบบการหายใจหรือภาวะหัวใจ ล้มเหลว หรือ ปัจจัยอื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นอยู่

สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สาเหตุส่งเสริมการเกิดโรค ได้แก่

๑. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุส่งเสริมที่สำคัญที่สุด โรคนี้พบในประชากรที่สูบบุหรี่มากกว่า ประชากรที่ไม่สูบบุหรี่ถึงประมาณ ๒๐ เท่า สารมากมายหลายชนิดที่มีอยู่ในควันบุหรี่ ทั้งที่เป็นอนุภาคและ เป็นก๊าซ จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุหลอดลมและถุงลม ซึ่งมีฤทธิ์ต่อหลอดลม ๒ ประการ คือ ทำให้ขนกวัดของเยื่อบุหลอดลมเสียหน้าที่และทำให้เซลล์ขับมูกหลั่งน้ำมูกมากขึ้นทำให้สิ่งแปลกปลอม เข้าสู่หลอดลมทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังและทำลายหลอดลมฝอยขนาดเล็กและถุงลมไปทีละน้อย เมื่อการทำลายมากถึงขนาดที่ปอดเสื่อมสมรรถภาพ ก็จะมีอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒. การติดเชื้อ (Infection) พบว่าการติดเชื้อของทางเดินหายใจเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิด อาการของโรครุนแรง (acute exacerbation) ขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากเชื้อไวรัส แบคทีเรียชนิดต่างๆก็ได้ ทำให้มีการทำลายเยื่อบุผิวเกิดเป็นแผลเป็นและชั้นใต้เยื่อบุผิวหนาขึ้นทำให้หลอดลมตีบแคบถาวร จึงทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวัยสูงอายุได้

๓. มลภาวะ (Air pollution) การสูดหายใจเอาควัน ฝุ่นละออง เข้าไปในปอดนานๆจะเป็นตัวเร่ง ทำให้เกิดอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่

๔. พันธุกรรม (Heredity) ในคนที่พร่อง serum alpha 1 antitrypsin พบว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งตามปกติโรคนี้จะพบมากในคนที่มีอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป

๕. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลงใยเยื่อเหนียวและคอลลาเจนที่ช่วยทำให้ หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะหายใจออกทำหน้าที่น้อยลงทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย

๖. สาเหตุอื่นๆ ได้แก่

๖.๑ การเจริญที่ผิดปกติของหลอดลม มีการแบ่งแยกผิดปกติหรือการได้รับสารพิษ ขณะอยู่ในครรภ์

๖.๒ ผนังของถุงลมที่บางจะถูกทำลายได้ง่ายด้วยenzyme โดยเฉพาะelastinการล้มเหลวของ หลอดน้ำเหลือง และหลอดเลือดที่จะเผาผลาญสารต่างๆ และป้องกันการรวมตัวของสารพิษ

๖.๓ ภาวะภูมิแพ้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยโรค

วัตถุประสงค์ในการวินิจฉัยโรค คือ เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจริง และประเมินความรุนแรงของโรค พร้อมทั้งตรวจหาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

๑. การซักประวัติ

๑.๑ ระยะเวลาและลำดับเหตุการณ์ มักมีประวัติการป่วยมานาน อาการกำเริบ อาจบ่อยในบางราย ช่วงเวลาที่อาการมากอาจเป็นฤดูฝน หรือฤดูหนาว

๑.๒ ลักษณะเฉพาะโรค อาการสำคัญของโรคถุงลมโป่งพอง คือ อาการเหนื่อยหอบอาจมีเป็น ระยะๆ หรือมีตลอดเวลา ในระยะแรกอาจเหนื่อยหอบเวลาออกแรงมากๆ ในระยะหลังอาจหอบแม้ขณะอยู่เฉยๆ สำหรับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังอาการเฉพาะคือ อาการไอ และเสมหะมาก ซึ่งมักเกิดขึ้นตอน เช้าและหลังตื่นนอน จากการสะสมของสารคัดหลั่งในตอนกลางคืน อาการไอมีเสมหะในระยะแรกๆ อาจ เป็นพักๆ แม้ในระยะหลังๆ อาจมีเกือบตลอดเวลา เสมหะจะมีสีขาวและใส อาจเปลี่ยนเป็นเหนียวข้น สี เหลืองเขียวหรือปนเลือดได้ ถ้ามีการติดเชื้อ

๑.๓ อาการร่วมอย่างอื่น

- อาการเขียว (cyanosis) พบได้ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น Cor-pulmonale หรือ pulmonary embolism
- อาการเจ็บหน้าอก แสดงถึงภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจเป็นภาวะมีลมในช่องปอด ปอดบวม สารน้ำในช่องปอด
- อาการไข้ เป็นเครื่องบ่งบอกถึงการติดเชื้อ ซึ่งอาจเป็นไข้หวัด หลอดลมอักเสบ ปอดบวม
- อาการทางสมอง เช่น ซึม และความคิดสั้น แสดงว่ามีภาวะหัวใจวาย
- อาการบวม หอบตอนกลางคืน หรือหอบขณะนอนราบ แสดงว่ามีภาวะหัวใจวาย

๑.๔ สิ่งภายนอกที่อาจเป็นสาเหตุที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ ซึ่งควรจะมีทั้งจำนวนปีที่สูบและมลพิษทางอากาศ

๑.๕ ประวัติโรคอื่น ๆ ถ้ามีโรคถุงลมโป่งพองร่วมกับโรคตับแข็ง โดยเฉพาะในคนอายุน้อย ควรนึกถึงภาวะขาด alpha – 1 – antitrypsin

๒. การตรวจร่างกาย

๒.๑ ผิวกายเขียวคล้ำเนื่องจากเลือดพร่องออกซิเจน มีความอิ่มตัวออกซิเจนต่ำ

๒.๒ การหายใจเกิน เป็นลักษณะการหายใจแรง ผู้ป่วยจะห่อปากหายใจออก นั่งตัวโย้มา ข้างหน้าและต้องใช้กล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสตอยด์ (Sternocleidomastoid muscle)และทราปิเซียส (Trapezius muscle)ช่วยหายใจ อาจมีผิวกายสีชมพู

๒.๓ การหายใจน้อยกว่าปกติ มีลักษณะการหายใจแผ่ว ผู้ป่วยมักมีผิวกายเขียวคล้ำ

๒.๔ หายใจเข้ายาว เสียงหายใจเข้าเบาลง เสียงลมหายใจเข้าปอดเบา เนื่องจากจำนวนอากาศลดลง มีน้ำใต้เยื่อหุ้มปอด หรือมีการทำลายของเนื้อปอดเสียงหายใจออกยาวกว่าปกติ

๒.๕ ลูกกระเดือกเคลื่อนที่มากกว่าปกติ เกิดจากขณะหายใจเข้าหลอดลมถูกดึงลงมากกว่าปกติ ประกอบกับกระดูกหน้าอกถูกยกสูงขึ้น จึงมองเห็นลูกกระเดือกเคลื่อนขึ้นลงตามการหายใจ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒. การตรวจร่างกาย (ต่อ)

๒.๖ เส้นผ่านศูนย์กลางด้านหน้า-ด้านหลังของทรวงอก (A.P. diameter) เพิ่มขึ้น ทรวงอกรูปร่างคล้ายถังเบียร์ (barrel chest)

๒.๗ การฟังเสียงลมเข้าปอด จะพบเสียงหวีดหวือหรือเสียงอื่นแทรก หรือมี hyperventilation

๒.๘ การขยายของทรวงอกขณะหายใจเข้าออกลดลง กระบังลมแบนต่ำลงมีช่องว่าง ใต้กระดูกยอดอกและทางด้านหลังเพิ่มขึ้น

๒.๙ การเคาะทรวงอก จะพบช่วงการเคลื่อนไหวของกระบังลมสั้นกว่าปกติ เคาะได้เสียงก้องทั่วทรวงอก บริเวณทึบที่หัวใจจะแคบ และเสียงทึบของตับต่ำกว่าตำแหน่งปกติ

๒.๑๐ หัวใจซีกขวาล่างทำงานหนักขึ้น เนื่องจากความดันในปอดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการขาดออกซิเจนและร่างกายมีภาวะเป็นกรด ตับโตขึ้น บวมตามปลายมือปลายเท้า มีภาวะที่ห้องหัวใจด้านขวามีขนาดใหญ่ขึ้น (corpulmonale) ได้ยินเสียงหัวใจตรงบริเวณใต้ลิ้นปี่ (Epigastrium) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) จะพบ P wave สูงแหลม และมีแนวแกนกลางเคลื่อนมาทางขวา

๒.๑๑ คลำได้หลอดลมคอส่วนเหนือหน้าอกสั้นลง และหลอดลมคอกระตุกเนื่องจากหลอดลมถูกดึงลงต่ำและปอดพองมาก ดันกระบังลมต่ำลง นอกจากนี้ยังคลำได้การเคลื่อนไหวของทรวงอก ตามการหายใจลดน้อยลงด้วย

๒.๑๒ ความดันโลหิต เวลาหายใจเข้าชีพจรเบาลง (pulses paradox) เนื่องจากความพยายามที่จะหายใจมีผลต่อจำนวนเลือดที่ไหลกลับจากหัวใจ ในขณะหายใจเข้าความดันในปอดจะเพิ่มขึ้น

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจทำได้ด้วยวิธีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๓.๑ การตรวจสมรรถภาพของปอด (pulmonary function test) ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะพบ

- ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรง (forced expiratory volume in one second: FEV) มีค่าต่ำกว่าปกติ

- ความจุของปอดที่คิดเป็นปริมาตรของอากาศทั้งหมดเมื่อหายใจเข้าสุด (total lung capacity: TLC) มีค่าสูงกว่าปกติ

- อัตราส่วนของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรง (forced expiratory volume in one second) ต่อปริมาตรอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรง หลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ (forced vital capacity) (FEV/FVC x ๑๐๐) มีค่าต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

- อัตราส่วนของปริมาตรอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออกเต็มที่แล้ว (residual volume) ต่อความจุของปอดที่คิดเป็นปริมาตรของอากาศทั้งหมดเมื่อหายใจเข้าสุด (total lung capacity) (RV/TLC x ๑๐๐) มีค่ามากกว่าร้อยละ ๔๐

- ปริมาตรอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออกเต็มที่แล้ว (residual volume: RV) มีค่าสูงขึ้น

- การตรวจสมรรถภาพปอดชั้นสูง ได้แก่การวัดปริมาตรปอด (lung volumes) และการวัดความซึมซาบผ่านของก๊าซ (diffusion capacity of carbon monoxide) ในanaslu pulmonary emphysema

๓.๒ การตรวจภาพรังสีทรวงอก ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักมีลักษณะปริมาตรปอดใหญ่ (Hyperinflation) ของทรวงอก กล่าวคือ กระบังลมจะแบนราบและ หัวใจมีขนาดเล็ก ในภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยที่มีภาวะที่ห้องหัวใจด้านขวามีขนาดใหญ่ขึ้น (corpulmonale) จะพบว่าหัวใจมีขนาดโต และ รอยหลอดเลือด (vascular markings) เพิ่มมากขึ้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

๑. อาการของผู้ป่วยดีขึ้น เช่น รับประทานอาหาร นอนหลับ หรือมีกิจวัตรอื่นได้ใกล้เคียงกับเดิมก่อนจะมีอาการกำเริบของโรค

๒. ระดับความดันโลหิต และ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (SaO๒) คงที่อย่างน้อย ๒๔ ชม.

๓. ต้องการยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นไม่บ่อยกว่า ๔ ชม.

๔. สามารถหยุดยาฉีดได้เป็นเวลาอย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง

๕. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถใช้ยาชนิดสูดพ่นได้อย่างถูกต้องและรับทราบแผนการรักษาต่อเนื่องพร้อมการนัดหมายตรวจเพื่อติดตามอาการ

การพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะพบว่าผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาทางด้านการพยาบาลที่สำคัญดังต่อไปนี้ คือ

๑. มีโอกาสเกิดภาวะการหายใจวาย

๒. มีภาวะขาดสารอาหาร

๓. มีปัญหาเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ

๔. ไม่สามารถทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมได้

๕. มีปัญหาทางด้านจิตใจ และสังคม

๖. ขาดความรู้ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

๑. มีโอกาสเกิดภาวะการหายใจวาย (respiratory failure)

ภาวะหายใจวาย หมายถึง ความล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะเกี่ยวกับการหายใจ ทำให้ไม่ สามารถรักษาระดับออกซิเจน และ/หรือคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งโดยทั่วไป ถือเอาระดับความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO๒) ๕๐ มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่าและ/หรือ ระดับความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO๒) ๖๐ มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่าเป็นภาวการณ์หายใจวาย

ภาวะการหายใจวายในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจเกิดเมื่อโรคดำเนินไปจนถึงขั้นรุนแรง แต่ส่วนมากมักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจอย่างเฉียบพลัน เช่น การติดเชื้อ การอุดตันของเส้นเลือดในปอด เป็นต้น การเกิดภาวะการหายใจวายในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมา เช่น ปัญหาจากเซลล์ของ ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การเกิดภาวะเลือดเป็นกรด

แผนการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะการหายใจวาย มีดังนี้

๑. ขจัดสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะหายใจวาย พบว่าการติดเชื้อเป็นเหตุส่งเสริมที่สำคัญ ดังนั้นจึงต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจขึ้นโดยใช้หลัก aseptic technique ในการดูแลผู้ป่วยหรือถ้ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะต้องแก้ไขโดยเร็วโดยการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมตามแผนการรักษา

๒. ประเมินอาการของการอุดตันทางเดินหายใจจากการมีเสมหะคั่งค้างในหลอดลม หลอดลมหดเกร็ง หรือตีบแคบ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะการหายใจวาย ดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งเสมอ และพยายามกำจัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ

- แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากสิ่งระคายเคืองต่าง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

- ให้ความชื้นแก่เสมหะ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ หรือ ดูแลให้ได้รับความชื้นในอากาศหายใจโดยเครื่องพ่นละอองน้ำ (nebulizer)

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับเสมหะ เช่น ammonium chloride Potassium iodide

- ช่วยขับเสมหะออก โดยการทำ postural drainage

๓. ประเมินอาการและอาการแสดงของการมี ออกซิเจน (O๒)ในเลือดต่ำ และการมีคาร์บอนไดออกไซด์ (CO๒) คั่งในเลือด ซึ่งอาการของทั้งสองภาวะนี้คล้ายกันมาก ในรายที่มีระดับค่าความดันแก๊สออกซิเจนในเลือด (PaO๒) ต่ำกว่า ๕๐ มิลลิเมตรปรอท คาดว่าเนื้อเยื่อจะได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ดังนั้นในรายที่มีออกซิเจน (O๒) ในเลือดต่ำ ควรให้การพยาบาล ดังนี้

- ให้ผู้ป่วยพักผ่อนทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน (O๒)

- ลดภาวะต่างๆ ที่จะทำให้การเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะติดเชื้อหรือมีไข้ เป็นต้น

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน (O๒) อย่างเหมาะสม การให้ออกซิเจน (O๒) แก่ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจะให้ในขนาดที่เพิ่มออกซิเจน (O๒) แก่เนื้อเยื่อโดยไม่ทำให้เกิดอาการง่วงซึม (necrosis) ดังนั้นจึงนิยมให้ในขนาดต่ำๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นโดยรักษาระดับค่าความดันแก๊สออกซิเจนในเลือด (PaO๒) ๕๐-๖๐ มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะต้องอาศัยระดับออกซิเจน (O๒) ที่เป็นตัวกระตุ้นการหายใจแทนการใช้ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ (CO๒) ที่สูง การให้ออกซิเจน (O๒) ขนาดสูงจะทำให้ระดับออกซิเจน (O๒) ในเลือดสูงขึ้น ทำให้ไม่มีตัวกระตุ้นการหายใจ ผู้ป่วยจะหายใจช้าลง การคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (CO๒) เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการง่วงซึม (necrosis) หรือหมดสติจนถึงหยุดหายใจ

๔. ในรายที่มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (CO๒) ซึ่งเกิดร่วมกับภาวะออกซิเจน (O๒) ต่ำ เลือดเป็นกรด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่างๆ ขึ้น โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาท การพยาบาลจึงมุ่งที่ให้การระบายอากาศดีขึ้น เพื่อช่วยให้คาร์บอนไดออกไซด์ (CO๒) ถูกขับออกจากร่างกายมากขึ้นโดย

- สอนวิธีการหายใจที่ถูกต้อง โดยหายใจช้าและลึก ขณะหายใจออกให้ห่อปากและหดกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทั้งนี้เพื่อให้อากาศถูกขับออกมาได้มากที่สุด

- สอนวิธีไออย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยในการกำจัดเสมหะออกมา

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการหายใจด้วยแรงดันบวกเป็นระยะ (intermittent positive pressure breathing: IPPB) ซึ่งจะทำให้การถ่ายเทอากาศดีขึ้น

- แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับประสาทที่อาจกดการหายใจ เช่น ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) เช่น ยาไดอะซีแพม (diazepam หรือ valium®) ยาอัลพราโซแลม (alprazolam หรือ xanax®) ยาโคลนาซีแพม (clonazepam หรือ rivotril® / klonopin®)

- ในรายที่ผู้ป่วยใส่ท่อหายใจ อาจต้องให้หายใจโดยใช้หน้าท้อง (hyperventilate lung) ให้บ่อยๆ

- สังเกตระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

๒. ภาวะขาดสารอาหาร

ภาวะขาดสารอาหารจะมีผลต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างมาก การได้รับแคลอรี่ และโปรตีนไม่ เพียงพอจะทำให้การสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อในการหายใจเหี่ยวและอ่อนแรง ประสิทธิภาพในการทำงานจะลดลง นอกจากนี้การขาดสารอาหารยังทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อของทางเดินหายใจ การขาดสารอาหารโดยเฉพาะโปรตีนและไขมัน จะมีผลต่อการติดเชื้อของทางเดินหายใจ การขาดสารอาหารโดยเฉพาะโปรตีนและไขมัน จะมีผลต่อการสร้างสารเคลือบผิว (Surfactant) เป็นผลให้เกิดปอดแฟบได้ การขาดโปรตีน ทำให้ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง แรงดันออสโมติกของหลอดเลือดในปอดจึงต่ำลง ทำให้เกิดการคั่งของน้ำที่ปอด (pulmonary edema) ได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สาเหตุของการขาดสารอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๑. อาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยมากขึ้น เมื่อรับประทานอาหารมาก เนื่องจากกระเพาะอาหารที่โป่งพองจะดันกระบังลมขึ้น ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่

๒. ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความอยากอาหารลดลง และร่างกายต้องสูญเสียพลังงานอย่างมาก

๓. ภาวะการติดเชื้อ จะเป็นผลให้เมตาบอลิซึมในร่างกายสูงขึ้น ทำให้ร่างกายต้องการพลังงานมาก

๔. ผลของยาที่ใช้รักษาโรค โดยเฉพาะยาขยายหลอดลมทั้งกลุ่มซิมพาโทมิเมติค และกลุ่ม ทีโอฟิลลิน (Theophylline derivatives) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

๕. การใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ เช่น การใส่ท่อหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้

๖. การถูกละเลยด้านความต้องการอาหาร โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่กำลังมีปัญหาอื่นที่รุนแรงมากกว่าจะต้องได้รับการแก้ไขอย่างทันทีในรายนั้น

๗. สถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยไม่ดี ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางด้านอาหาร ให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

แผนการพยาบาลสำหรับปัญหาการขาดสารอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีดังต่อไปนี้

๑. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ควรประเมินว่าผู้ป่วยมีความอยากอาหาร มากที่สุดเวลาใด ลักษณะอาหารที่ชอบและไม่ชอบ จำนวน ความถี่ของการรับประทานอาหาร เครื่องดื่มที่ชอบ การได้วิตามิน เกลือแร่ และอื่นๆ ใครเป็นผู้จัดอาหาร หรือเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วย

๒. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญของการได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ

๓. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้นเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย โดยการทำความสะอาดช่องปากและฟันก่อนรับประทานอาหาร โดยการบ้วนปากจะช่วยให้เยื่อบุในช่องปากชุ่มชื้น และพยายามหลีกเลี่ยงการให้การรักษา และการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความไม่สุขสบายก่อนการรับประทานอาหาร เช่น การฉีดยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

๔. จัดชนิดของอาหารให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย เช่น ถ้ามีอาการเหนื่อยล้าจัดให้ รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ช่วยลดการเผาผลาญและการใช้ออกซิเจนของร่างกายน้อยลง

๕. เพิ่มจำนวนมื้ออาหาร โดยให้รับประทานมื้อละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น โดยจัดให้ประมาณ ๕-๖ มื้อต่อวัน แบ่งเป็นมื้อเช้า กลางวัน เย็น และระหว่างมื้ออีก ๒ มื้อ

๖. ดูแลให้ได้รับปริมาณอาหารและพลังงานอย่างเพียงพอในแต่ละวัน โดยการตรวจสอบชนิด และปริมาณอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยรับประทานทุกวัน ไม่ควรให้มากหรือน้อยเกินไป การให้พลังงานมากเกินไปทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์มาก มีผลทำให้หายใจลำบากมากขึ้น และถ้าได้รับน้อยเกินไป จะทำให้ได้รับพลังงานไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ถ้าหากปริมาณอาหารมากเกินไป จะทำให้มีอาการแน่นอึดอัด ไม่สุขสบายได้ง่าย

๓. ปัญหาเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีปัญหาพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มักนอนไม่หลับ สาเหตุอาจเกิดจากการ หายใจเข้าผิดปกติ หายใจเร็วขึ้น หรืออาจเกิดจากความไม่สุขสบายทั้งร่างกาย และจิตใจ ทั้งจากพยาธิสภาพ ที่เกิดขึ้นวิธีการรักษาและฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่างๆ ที่ได้รับ นอกจากผู้ป่วยจะพักผ่อนไม่เพียงพอแล้ว การนอนหลับในผู้ป่วยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ได้แก่ การเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ อากาศ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ถ่ายเทลดลงขณะหลับ เกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจ การอุดตันของทางเดินหายใจจากการคั่งของเสมหะหรือจากการหดตัวของหลอดลม และยังพบการหายใจผิดปกติได้อีกด้วย

แผนการพยาบาลสำหรับปัญหาเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ มีดังนี้

๑. ประเมินสาเหตุของการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ และปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ ของผู้ป่วย

๒. ขจัดสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับให้ได้มากที่สุด เช่น ถ้าไอมากๆ ควรให้นอนในท่าศีรษะสูง ซึ่งจะลดอาการไอได้ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ดูแลความสุขสบายของร่างกาย สอนวิธีการผ่อนคลายต่างๆ หรือกระตุ้นออกกำลังกายตอนกลางวันบ้าง ในรายที่ไม่สามารถนอนหลับในตอนกลางคืนได้เลย ควรจัดให้นอนในตอนกลางวันเป็นระยะๆ

๓. สังเกตอาการของผู้ป่วยขณะนอนหลับอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการหายใจ เพื่อประเมินปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

๔. ปัญหาการไม่สามารถทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมได้ (activity intolerance)

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีปัญหาไม่สามารถทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดและร่างกายมีภาวะความเป็นกรด ยิ่งเมื่อออกกำลังหรือปฏิบัติกิจกรรมจะยิ่งทำให้ภาวะผิดปกติดังกล่าวเกิดมากขึ้น เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งบุคคลอื่นๆ ตลอดเวลา ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

แผนการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความเหมาะสม ดังนี้

๑. ประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด และสามารถปฏิบัติ กิจกรรมได้เพียงใด และมีสาเหตุอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ตามควรแก่สภาพของเขา

๒. สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างถูกวิธี โดยวิธีการ ดังนี้

- สอนให้ผู้ป่วยหายใจออกโดยการเป่าปาก เพื่อป้องกันการปิดของหลอดลมเร็วเกินไป ช่วยให้ระยะเวลาการหายใจออกนานขึ้น และลดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกก่อน โดยให้นับ ๑ ถึง ๒ แล้วหายใจออกทางปาก โดยลักษณะการห่อปากคล้ายผิวปาก ในช่วงเวลานับ ๑ ถึง ๔ แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจโดยวิธีดังกล่าว ขณะมีกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้โดยไม่เหนื่อยเกินไป
- แนะนำให้มีกิจกรรมหรือออกกำลังขณะหายใจออก เนื่องจากผู้ป่วยใช้แรงขณะหายใจออกน้อยกว่าหายใจเข้า
- แนะนำให้เริ่มออกกำลังกายทีละน้อย ไม่ควรถี่มาก ไม่หักโหม ให้ผู้ป่วยได้พักในระยะพอเหมาะ
- ถ้าผู้ป่วยสามารถออกกำลังถึงระดับที่ต้องการแล้ว และคิดว่าผู้ป่วยสามารถที่จะออกกำลังขึ้นมากกว่าเดิมได้ ควรค่อยๆ เพิ่มความถี่ของการออกกำลังหรือการปฏิบัติกิจกรรมก่อน แล้วค่อยๆเพิ่มระยะเวลาให้นานขึ้น และเพิ่มความรุนแรงขึ้นเป็นอันดับสุดท้าย ทั้งนี้ถ้าผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอยู่ต้องพิจารณาจำนวนให้เหมาะสมกับขนของกิจกรรมหรือการออกกำลังที่ผู้ป่วยมีอยู่
- จัดตารางการออกกำลังกายให้ก่อนอาหาร และให้อาหารผู้ป่วยน้อยๆ เพราะถ้ามีอาหารในกระเพาะมากเกินไป ทำให้ปอดขยายตัวไม่ดี
- หลีกเลี่ยงการออกกำลังในระยะที่ผู้ป่วยได้รับยา เช่น อัลฟา หรือเบต้าซิมพาโทมิเมติคส์ (alpha beta sympathomimetise) หรือยาต้านฮิสตามินกำลังออกฤทธิ์สูงสุด เพราะระยะนั้นอัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจจะสูง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๕. ปัญหาทางด้านจิตใจ และสังคม

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง แม้อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะไม่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตทันที แต่จะรบกวนต่อบทบาทและแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก พยาบาลต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการการประคับประคองการช่วยเหลือในขณะมีปัญหาต่างๆเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะแรก ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับตัวเพื่อให้พ้นบทบาทของผู้เจ็บป่วย พยาบาลจะต้องทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นหรือซักถามข้อข้องใจต่างๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความเครียดของตัวเองด้วย ทั้งควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาพยาบาล ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ช่วยเหลือในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตามสมควรแก่สภาพ โดยต้องพิจารณาถึงการตอบสนองและการปรับตัวดังกล่าว จะขึ้นอยู่กับภาวะของจิตสังคมของผู้ป่วย แต่ก็ต้องอาศัยการประคับประคองจากพยาบาลด้วย พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

๖. ขาดความรู้ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่จำเป็นที่จะต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลตนเองอย่างมี ประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่เกิดอาการรุนแรงของโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การขาดความรู้ในการดูแลตนเองจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยมักไม่ร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาล จึงต้องวางแผนที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตลอดจนให้บุคคลในครอบครัวมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ควรให้มีความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ วิธีการรักษาพยาบาล การสะสมพลังงานและการออกกำลังกายที่เหมาะสม พยาบาลควรเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาขึ้นควรดูแลประคับประคองผู้ป่วยและควรประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการให้การดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือหรือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้เป็นอย่างดี จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายตามสมควรแก่สภาพ ความจำเป็นที่จะต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลจะน้อยลง ลดความสิ้นเปลืองทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวได้ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและถึงแก่กรรมอย่างสงบได้

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิสมซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ระดับกลูโคสสูงในเลือด (hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือ การออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่างกายจะไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ระดับกลูโคสสูงในเลือดเป็นระยะเวลานาน ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลให้มีการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ การล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ตา (retinopathy) ไต (nephropathy) เส้นประสาท (neuropathy) หลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (microangiopathy) และขนาดใหญ่ (macroangiopathy)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

ในคนปกติหลังรับประทานอาหารระดับกลูโคสที่สูงขึ้นจะกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจาก B-cells ของตับอ่อนและกลูโคสในเลือดจะถูกใช้โดยเนื้อเยื่อที่อาศัยอินซูลิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกล้ามเนื้อลายเพื่อรักษาระดับกลูโคสในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มักพบว่ามีความผิดปกติที่ตัวรับ (receptor site) ของเซลล์ ที่เรียกว่า ภาวะดื้ออินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถดึงกลูโคสไปใช้ได้ ทำให้ระดับกลูโคสสูงในเลือดขณะเดียวกันร่างกายจะปรับให้อยู่ในภาวะที่มีอินซูลินในเลือดสูงมาก (hyperinsulinemia) ซึ่งจะส่งผลให้ B-cells ของตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินในระดับปกติได้ ในระยะต่อมาจึงมีอินซูลินน้อยลง เมื่ออินซูลินน้อยกลูคากอนจะมีปริมาณเพิ่มขึ้นโดยอัตโนมัติ ซึ่งจะมีผลไปเร่งการสลายไกลโคเจนที่ตับทำให้ระดับกลูโคสในเลือดยิ่งสูงขึ้นจนเมื่อมากเกินขีดกักกั้นของไต (renal threshold) กลูโคสจะถูกขับถ่ายออกมาทางปัสสาวะ

ในขณะที่ร่างกายมีระดับกลูโคสสูงในเลือดมาก แต่เซลล์ร่างกายอยู่ในภาวะขาดกลูโคส (ไม่มีพลังงาน) ความเข้มข้นในเลือดที่สูงขึ้น ทำให้น้ำจากเซลล์ถูกดึงเข้ามาในกระแสเลือดส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะมากและกระหายน้ำ ร่างกายอ่อนเพลีย เซลล์ร่างกายส่งสัญญาณให้ฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ตรงกันข้ามกับอินซูลิน สลายโปรตีนและไขมัน เพื่อให้ได้กลูโคสไปใช้ที่ระดับเซลล์ในระยะนี้จะพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเริ่มมีน้ำหนักลด และตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะจากการสลายไขมัน ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยก็จะเข้าสู่ภาวะระดับกลูโคสสูงในเลือดมากที่เรียกว่า hyperglycemia จนกระทั่งเกิดภาวะที่เรียกว่า diabetic ketoacidosis ได้ ผลกระทบจากการที่ร่างกายมีระดับกลูโคสในเลือดสูงเป็นเวลานาน ๆ จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่อหลอดเลือดทั้งเล็กและใหญ่ (micro & macrovascular) และเส้นประสาท (neuropathy) โดยเฉพาะที่ หัวใจ สมอง ตา ไต เท้า

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานใหม่ของประเทศไทยได้ดัดแปลงมาจากเกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. ๒๐๑๖ (ADA ๒๐๑๖) และ องค์การอนามัยโลกในปีค.ศ. ๒๐๑๖ (WHO ๒๐๑๖) ที่เคยใช้อยู่เดิม เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานใหม่นี้ได้แสดงไว้ในตารางที่ ๓.๑

ตารางที่ 3.1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560

วิธีการตรวจวินิจฉัย	ปกติ	Impaired Fasting Glucose (IFG)	Impaired Glucose Tolerance (IGT)	โรคเบาหวาน
พลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร FPG (มก./ดล.)	< 100	100 - 125	-	≥ 126
พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมง หลังดื่มกลูโคส 75 กรัม OGTT 2 hr-PG (มก./ดล.)	< 140	-	140 - 199	≥ 200
พลาสมากลูโคสที่เวลาใด ๆ ในผู้ที่มีอาการชัดเจน (มก./ดล.)	-	-	-	≥ 200
กลูโคสสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1c)	< 5.7%	5.7 - 6.4%	-	≥ 6.5%

ที่มา: American Diabetes Association. Clinical Diabetes. 2016; 34(1): 3-21[14]

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การตรวจวัดระดับ HbA๑c ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า ๖.๕ % ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานวิธีนี้นิยมใช้กันมากขึ้นในปัจจุบันเพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่ต้องตรวจในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจซ้ำโดยวิธีเดิมอีกครั้งหนึ่งต่างวันกัน เพื่อยืนยันและป้องกันความผิดพลาดจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน

การตั้งเป้าหมายควรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานระยะเวลาไม่นานและไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น ๆ ควรควบคุมเข้มงวดมาก เป้าหมาย HBA๑c <๖.๕% ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะกลูโคสต่ำในเลือดบ่อย มีโรคแทรกซ้อน หรือมีโรคร่วมหลายโรค เป้าหมายระดับ HBA๑C ไม่ควรต่ำกว่า ๗.๐%

ตารางที่ 3.2 เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่

การควบคุม เบาหวาน	เป้าหมาย		
	ควบคุม เข้มงวดมาก	ควบคุม เข้มงวด	ควบคุม ไม่เข้มงวด
ระดับกลูโคสในเลือดขณะอดอาหาร	> 70 - 110 มก./ดล.	80 - 130 มก./ดล.	140 - 170 มก./ดล.
ระดับกลูโคสในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง	< 140 มก./ดล.	-	-
ระดับกลูโคสในเลือดสูงสุดหลังอาหาร	-	< 180 มก./ดล.	-
HbA1c (% of total hemoglobin)	< 6.5 %	< 7.0 %	7.0 – 8.0 %

หมายเหตุ ในผู้สูงอายุและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับกลูโคสต่ำในเลือด อาจตั้งเป้าหมายไม่ให้ระดับกลูโคสต่ำกว่า 100 มก./ดล.

ที่มา: แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. หน้า 35[๑๕]

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เพศชาย สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อายุ ๗๙ ปี

วันที่เข้ารับโรงพยาบาล วันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๕๙ น.

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๐๐ น.

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๕๙ น

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๐๐ น.

รวมวันที่รับไว้ในการดูแล ๖ วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไอ หายใจเหนื่อย ๓ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอ มีเสหมะ หายใจเหนื่อย ไม่มีน้ำมูก นอนราบได้ พ่นยาฉุกเฉิน ๒ ครั้ง อาการดีขึ้น

๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ไอมีเสมหะสีขาวหายใจเหนื่อยมากขึ้น มีน้ำมูกสีขาว ไม่มีเจ็บคอ ไม่มีไข้ พ่นยาฉุกเฉิน ๕ ครั้ง ไม่ดีขึ้น ไม่ได้ไปรักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต DM type II, HT, DLP, COPD ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ F/U รพ.นายายอาม รับยา Spiriva, avamys ที่รพ.พระปกเกล้า เคยผ่าตัดไส้ติ่งเมื่ออายุ ๒๐ ปี

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร มีประวัติแพ้ยา ซัลฟา มีอาการผื่นขึ้น ไม่มีประวัติแพ้อาหาร

ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด

ประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว บิดามารดาเสียชีวิต เมื่อ ๔๐ ปีก่อน ไม่มีโรคประจำตัว มีภรรยา ๑ คน เสียชีวิตด้วยมะเร็งตับเมื่อ ๒๐ ปี ก่อน มีบุตรชายทั้งหมด ๔ คน ลูกชายคนโต มีประวัติเป็นโรคลมชัก ลูกชายอีก ๓ คนไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป	: ผู้ชายไทย อ้วน ผิวคล้ำ รู้สึกตัวดี น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๖ เซนติเมตร BMI ๒๖.๘๕ กก./ม.
ผิวหนัง	: ผิวดำแดง ลักษณะเป็นคนผิวแห้ง ผิวหนังไม่ชีด ไม่มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีบาดแผล ไม่มีก้อนผิดปกติ
ศีรษะ	: รูปร่างปกติ มีความสมมาตร กะโหลกศีรษะเรียบ คลำไม่พบก้อน
ตา	: ตาและคิ้ว สมมาตรกันดี รูม่านตา ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี มองเห็นปกติ เปลือกตาไม่ชีด
หู	: รูปร่างปกติ ลักษณะใบหูสมมาตรเท่ากันทั้งสองข้าง การได้ยินปกติทั้งสองข้าง ต่อมน้ำเหลืองหน้าหูและหลังหูไม่โต
จมูก	: รูปร่างปกติ การรับกลิ่นปกติ เยื่อบุจมูกสีชมพูไม่บวม ไม่มีกดเจ็บบริเวณไซนัส
ปากและลำคอ	: ริมฝีปากคล้ำ ไม่แห้ง ลักษณะขากรรไกรปกติ ทอลซิลไม่โต ไม่มีจุดหนอง ไม่มีแผลในปาก เหงือกไม่อักเสบ ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง ต่อมไทรอยด์ไม่โต
ต่อมน้ำเหลือง	: ไม่โต คลำไม่พบก้อน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ(ต่อ)

ทรวงอกและปอด : รูปร่างทรวงอกขนาดเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง เคาะปอดได้ยินเสียงโปร่งเท่ากัน หายใจเหนื่อยหอบเล็กน้อย หายใจ no chest wall retraction อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ฟังปอดได้เสียง expiratory wheezing, good air entry, no crepitation SpO2 Room air ๙๖ %

หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต : อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๐๐ ครั้งต่อนาที เต้นสม่ำเสมอแรงดี ไม่ได้ยินเสียงหัวใจผิดปกติ ความดัน ๑๕๒/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ปลายเล็บมือ Capillary refill ๓ วินาที

ท้อง : คลำท้องนุ่ม ท้องไม่อืด คลำตับและม้ามไม่พบ เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ

ทางเดินปัสสาวะ : สามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีแสบขัด

กล้ามเนื้อและข้อ : บริเวณข้อต่างๆไม่มีบวมและอักเสบ เคลื่อนไหวได้ปกติ

ประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน ๑๔ ปี แต่ยังประกอบอาชีพทำเฟอร์นิเจอร์จากไม้

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ภาวะโภชนาการปกติ รับประทานอาหารทางปาก ลูกเป็นคนเตรียมอาหารให้ วันละ ๓ มื้อ ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวาน

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย ปัสสาวะ ๔-๕ ครั้งต่อวัน ไม่มีปัสสาวะแสบขัด อุจจาระ ๑ วันครั้ง ไม่ต้องใช้ยาระบาย

แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ มีออกกำลังกายโดยการเดินแกว่งแขนรอบบ้านนานๆครั้ง

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ เข้านอน ประมาณ ๒๑.๐๐ น. ตื่นเวลา ๐๕.๐๐ น. นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ วันละ ๘ ชั่วโมง

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ ๔ เดิมมีอาชีพทำสวนแต่ปัจจุบันประกอบอาชีพทำเฟอร์นิเจอร์จากไม้

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการประกอบอาชีพทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ทำให้อาการของโรคกำเริบ แต่ด้วยความชอบและต้องการหารายได้เข้าครอบครัว ผู้ป่วยจึงไม่หยุดทำงานและยังประกอบอาชีพทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ต่อ

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูก ลูกเป็นคนดูแลทั้งเรื่องในชีวิตประจำวันและตอนเจ็บป่วย สัมพันธภาพภายในครอบครัวดี

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ สถานภาพม่าย มีภรรยาเมื่ออายุ ๒๐ ปี ปัจจุบันภรรยาเสียชีวิตแล้ว ปัจจุบันผู้ป่วยมีลักษณะอ้วน ไม่มีเชื้อราในปาก ไม่มีรอยโรคตามผิวหนัง ไม่มีอาการท้องเสีย มีการใช้ภาษาและคำพูด รวมทั้งการแต่งกายเหมาะสมกับเพศ

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด จากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหนักได้เหมือนเดิม จึงมีความเครียด ต้องการทำงานเพื่อนำเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว

แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ ก่อนการเจ็บป่วยไปร่วมงานทำบุญวันสำคัญทางศาสนาและไหว้พระ สวดมนต์ ในวันพระ ปัจจุบันยังคงทำอย่างต่อเนื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการวิเคราะห์	แปลผล
Neutrophils	๔๒-๘๕ (%)	๕๗.๖	ค่าปกติ
Eosinophils	๐-๖ (%)	๒.๒	ค่าปกติ
Basophils	๐-๒ (%)	๐.๓	ค่าปกติ
Lymphocytes	๑๑-๔๙ (%)	๒๖.๖	ค่าปกติ
Monocytes	๐-๑๐ (%)	๑๓.๓	เกินค่ามาตรฐาน
WBC	๔.๐-๑๐.๐ (๑๐^๓/uL)	๘,๒๐๐	ค่าปกติ
PLT	๑๒๐-๔๕๐ (๑๐^๓/uL)	๒๗๓,๐๐๐	ค่าปกติ
Hct	๓๖-๕๖ (%)	๔๖.๗	ค่าปกติ
RBC	๓.๘-๕.๓ (๑๐^๖/uL)	๔.๘๙	ค่าปกติ
MCV	๘๐-๑๐๐ (%)	๙๕.๕	ค่าปกติ
Hemoglobin	๑๒-๑๘ (%)	๑๕.๔	ค่าปกติ
MCH	๒๗-๓๒ (%)	๓๑.๕๐	ค่าปกติ
MCHC	๓๒-๓๖ (%)	๓๓	ค่าปกติ
RDW	๑๑-๑๖ (%)	๑๔.๑	ค่าปกติ

วิเคราะห์ผล พบค่า Monocytes เกินค่าปกติ เนื่องจากร่างกายมีการติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นจากการอักเสบของเนื้อปอด

Electrolyte ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

การตรวจ	**ค่าปกติ**	**ผลการวิเคราะห์**	**แปลผล**
BUN	๗-๑๘ (mg/dL)	๑๑.๐	ค่าปกติ
Creatinine	๐.๖-๑.๔ (mg/dL)	๐.๘๐	ค่าปกติ
Sodium	๑๓๔-๑๔๕ (mmol/L)	๑๓๘.๙	ค่าปกติ
Potassium	๓.๕-๕.๕ (mmol/L)	๓.๕๑	ค่าปกติ
Cl	๙๕-๑๐๕ (mmol/L)	๑๐๓.๓	ค่าปกติ
CO๒	๒๒-๓๐ (mmol/L)	๒๓.๕	ค่าปกติ

วิเคราะห์ผล ผลปกติ

Glucose ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

การตรวจ	**ค่าปกติ**	**ผลการวิเคราะห์**	**แปลผล**
Glucose	๗๐-๑๑๐(mg/dL)	๑๙๕	เกินค่ามาตรฐาน
HbA1C	๔.๐-๖.๒(mg/dL)	๗.๔	เกินค่ามาตรฐาน

วิเคราะห์ผล พบค่า Glucose เกินค่าปกติ และค่า HbA1C เกินค่าปกติ เป็นค่าน้ำตาลที่สะสมอยู่ในฮีโมโกลบินนานประมาณ ๓-๔ เดือน ประเมินผลว่าในช่วงที่ผ่านมาผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

Serial DTX

วันที่	เวลา	DTX	RI
๐๕/๑๑/๖๖	๑๖.๒๓ น.	๓๐๔ mg%	
๐๕/๑๑/๖๖	๑๙.๕๕ น.	๓๒๒ mg%	NPH ๖ u sc hs
๐๖/๑๑/๖๖	๐๗.๐๔ น.	๑๔๘ mg%	
๐๖/๑๑/๖๖	๑๑.๐๐ น.	๒๐๔ mg%	RI ๒ u sc ac
๐๖/๑๑/๖๖	๑๕.๐๐ น.	๓๑๒ mg%	RI ๖ u sc ac
๐๖/๑๑/๖๖	๒๐.๐๐ น.	๓๓๓ mg%	NPH ๔ u sc hs
๐๗/๑๑/๖๖	๐๖.๑๒ น.	๑๖๖ mg%	
๐๗/๑๑/๖๖	๑๑.๐๐ น.	๒๓๓ mg%	RI ๒ u sc ac
๐๗/๑๑/๖๖	๑๕.๐๐ น.	๔๐๗ mg%	RI ๑๐ u sc ac
๐๗/๑๑/๖๖	๒๐.๐๐ น.	๓๒๔ mg%	NPH ๔ u sc hs
๐๘/๑๑/๖๖	๐๖.๔๕ น.	๒๐๘ mg%	RI ๒ u sc ac
๐๘/๑๑/๖๖	๑๑.๐๐ น.	๓๒๕ mg%	RI ๖ u sc ac
๐๘/๑๑/๖๖	๑๕.๐๐ น.	๒๘๔ mg%	RI ๔ u sc ac
๐๘/๑๑/๖๖	๑๙.๓๒ น.	๒๘๒ mg%	NPH ๒ u sc hs
๐๙/๑๑/๖๖	๐๗.๐๐ น.	๒๐๗ mg%	RI ๒ u sc ac
๐๙/๑๑/๖๖	๑๑.๐๐ น.	๓๕๙ mg%	RI ๘ u sc ac
๐๙/๑๑/๖๖	๑๕.๐๑ น.	๓๑๒ mg%	RI ๖ u sc ac
๐๙/๑๑/๖๖	๑๙.๔๐ น.	๒๙๙ mg%	NPH ๖ u sc hs
๑๐/๑๑/๖๖	๐๗.๐๐ น.	๑๔๙ mg%	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

ผล CXR : No infiltration (ภาพรังสีปอด ไม่พบความผิดปกติในเนื้อปอดที่บ่งสภาวะการอักเสบหรือติดเชื้อ)

การวินิจฉัยของแพทย์ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute exacerbation)

สรุปอาการและอาการแสดง

วันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ แรกรับที่หอผู้ป่วยใน เวลา ๑๐.๕๙ น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ ๒๔/min no chest wall retraction O๒ sat room air ๙๕-๙๗% ฟังปอด lung mild rhonchi + mild wheezing BL ไอบ่อย ไอมีเสมหะขับออกได้เอง ประเมินการหายใจ ดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ๔๕ องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง และปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่ ผลตรวจเลือด Monocytes ๑๓.๓ % ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก No infiltration แพทย์พิจารณาให้พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๒ ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของยาเช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบอาการข้างเคียงของการใช้ยา ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยน้อยลง นอนพักได้มากขึ้น จากการสังเกต พบว่าผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ญาติมีสีหน้าไม่สบายใจ คอยซักถามอาการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จึงอธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ผู้ป่วยและญาติรับทราบอาการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ มีการอธิบายก่อนการให้การพยาบาลทุกครั้ง ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง

วันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๒/ min no chest wall retraction O๒ sat room air ๙๕-๙๗% lung mild wheezing BL ไอลดลง ไอมีเสมหะขับออกได้เอง แพทย์พิจารณาให้พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๔ ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของยาเช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบอาการข้างเคียงของการใช้ยา

วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๒/ min no chest wall retraction O๒ sat room air ๙๕-๙๖% lung wheezing BL ไอมากขึ้น เหนื่อยเป็นบางครั้ง แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถขับเสมหะได้ดียิ่งขึ้น แพทย์พิจารณาให้ Dexamethasone ๔ mg ทุก ๖ ชั่วโมง พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๑ ชั่วโมง *๓ dose then ทุก ๔ ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของยาเช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบอาการข้างเคียงของการใช้ยา เพิ่มยา Roxithromycin ๑๕๐ mg รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๒ เวลา ก่อนอาหาร เช้า-เย็น ๗ วัน ระหว่าง Admit DTX สูงตลอด >๒๐๐-๔๐๐ mg% แพทย์พิจารณาปรับยา metformin ๕๐๐ mg. รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง หลังอาหารเช้าเป็น รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น พรุ่งนี้ FBS, HbA1C

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๔/ min no chest wall retraction O๒ sat room air ๙๕ % lung mild Rhonchi BL ไอมากขึ้น เหนื่อยเป็นบางครั้ง แนะนำจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะและหายใจได้สะดวกเพิ่มขึ้น แพทย์พิจารณาให้ Dexamethasone ๔ mg ทุก ๘ ชั่วโมง พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๔ ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของยาเช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบอาการข้างเคียงของการใช้ยา ผลตรวจเลือด Glucose= ๑๙๕ mg/dL HbA1C=๗.๔ mg/dL เกินค่าปกติ เป็นค่าน้ำตาลที่สะสมอยู่ในฮีโมโกลบินนานประมาณ ๓-๔ เดือน ประเมินผลว่าในช่วงที่ผ่านมาผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๔ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๐/ min no chest wall retraction O๒ sat room air ๙๓-๙๔ % lung Minimal rhonchi Rt.lung, Lt.lung clear ไอนานๆครั้ง เหนื่อยลดลง แพทย์พิจารณาให้พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๔ ชั่วโมง ถ้าเหนื่อยระหว่างนี้ ให้ Beradual MDI ๒ puff prn ดูแลให้ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของยาเช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบอาการข้างเคียงของการใช้ยา ให้ Prednisolone ๕ mg. รับประทาน ครั้งละ ๒ เม็ด วันละ ๓ เวลา หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น

วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๒/ min no chest wall retraction O๒ sat room air ๙๖% lung clear BL ไอนานๆครั้ง จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการขาดความรู้ในตนเอง จึงแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านเช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค เช่น ฝุ่น ควันต่างๆ แนะนำการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ ๑ ครั้ง ให้สวมผ้าปิดปากปิดจมูกเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้าไปในแหล่งชุมชน แนะนำการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการอาการหอบเหนื่อยเมื่ออยู่ที่บ้าน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ ๑ เดือน DM clinic เจาะ FBS มีนัด รพศ. ๒๒ ธค.๖๖ เรื่อง COPD

อาการก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ ไอนานๆครั้ง อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๒/ min no chest wall retraction lung clear BL O๒ sat room air ๙๖%

สรุปปัญหาทางการพยาบาล

ข้อที่ ๑. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ

ข้อที่ ๒. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากขาดความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

ข้อที่ ๓. ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อที่ ๔. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตนเมื่อไปอยู่บ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยไทยเพศชาย อายุ ๗๙ ปี มาโรงพยาบาลด้วย ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอ มีเสหมะ หายใจเหนื่อย ไม่มีน้ำมูก นอนราบได้ พ่นยาฉุกเฉิน ๒ ครั้ง อาการดีขึ้น ๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ไอมีเสมหะสีขาวหายใจเหนื่อยมากขึ้น มีน้ำมูกสีขาว ไม่มีเจ็บคอ ไม่มีไข้ พ่นยาฉุกเฉิน ๕ ครั้ง ไม่ดีขึ้น ไม่ได้ไปรักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล

แรกรับที่ผู้ป่วยนอก วันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๒๐ น.ผู้ป่วยมารถนั่ง รู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง หายใจเหนื่อยเล็กน้อย lung rhonchi BL อัตราการหายใจ ๒๔/ min no chest wall retraction O๒ sat room air ๙๖ % แพทย์ซักประวัติวินิจฉัยว่าเป็น COPD with AE ให้พ่นยา Beradual ๑ NB ๓ dose หลังพ่นยา lung mild rhonchi BL อัตราการหายใจ ๒๔/ min no chest wall retraction O๒ sat room air ๙๕ % แพทย์พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล สัญญาณชีพก่อน admit BT ๓๖.๔ องศาเซลเซียส, PR= ๑๑๖ ครั้ง/นาที , RR= ๒๒ ครั้ง/นาที , BP= ๑๓๖/๗๔ มิลลิเมตรปรอท, SOS score = ๒ คะแนน O๒sat Room air = ๙๕ %

แรกรับที่ตึกผู้ป่วยใน เวลา ๑๐.๕๙ น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไอบ่อย ไอมีเสมหะขับออกได้ อุณหภูมิ ๓๖.๔ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๑๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๓/๘๘ มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ ๒๔/ min no chest wall retraction O๒ sat room air ๙๕ % ฟังปอด lung mild rhonchi + mild wheezing BL ผลตรวจเลือด Monocytes ๑๓.๓ % ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก No infiltration แพทย์พิจารณาให้พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๒ ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของยาเช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่พบอาการข้างเคียงของการใช้ยา ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยน้อยลง นอนพักได้มากขึ้น จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ญาติมีสีหน้าไม่สบายใจ คอยซักถามอาการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จึงอธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ผู้ป่วยและญาติรับทราบอาการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ มีการอธิบายก่อนการให้การพยาบาลทุกครั้ง ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง วันต่อมาแพทย์เพิ่มยา Dexamethasone ๔ mg ทุก ๖ ชั่วโมง เพิ่มยา Roxithromycin ๑๕๐ mg รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๒ เวลา ก่อนอาหาร เช้า-เย็น ๗ วัน แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถขับเสมหะได้ดียิ่งขึ้น แนะนำจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะและหายใจได้สะดวกเพิ่มขึ้น วันต่อมาแพทย์พิจารณาให้พ่นยา Beradual ๑ NB ทุก ๔ ชั่วโมง ถ้าเหนื่อยระหว่างนี้ ให้ Beradual MDI ๒ puff prn ผู้ป่วยเหนื่อยลดลง และจากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการขาดความรู้ในตนเอง จึงแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านเช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค เช่น ฝุ่น ควันต่างๆ แนะนำการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ ๑ ครั้ง ให้สวมผ้าปิดปากปิดจมูกเมื่อมีความจำเป็นต้องเข้าไปในแหล่งชุมชน แนะนำการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการอาการหอบเหนื่อยเมื่ออยู่ที่บ้าน หลังนอนโรงพยาบาล ๖ วัน อัตราการหายใจ ๒๒/ min no chest wall retraction O๒ sat room air ๙๖% lung clear BL ไอนานๆครั้ง หายใจเหนื่อยลดลง แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ ๑ เดือน DM clinic เจาะ FBS มีนัด รพศ. ๒๒ ธค.๖๖ เรื่อง COPD

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจเป็นกรณีศึกษาขณะขึ้นปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนายายอาม

๒. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคจากเอกสารวิชาการ จากตำรา สื่อออนไลน์ ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย

๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การตรวจร่างกายที่สำคัญ แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการวิเคราะห์ของแพทย์

๔. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ นำมาวางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีการประเมิน ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล วางแผนการจำหน่ายให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

๕. รวบรวมข้อมูล เรียบเรียงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แก้ไข จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงต่ออาการและการกำเริบของโรค

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน ๑ ราย ตั้งแต่วันที่ วันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๕๙ น.ถึง ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๐๐ น. รวมรับไว้ในความดูแล ๖ วัน

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉพาะราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ใช้ทักษะทางการพยาบาลในการศึกษา ค้นหาข้อมูล รวบรวม วิเคราะห์ ประเมินปัญหาทางการพยาบาล ออกแบบการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา เข้าใจแนวทางการปฏิบัติตามคำแนะนำ และผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล ดูแลผู้ป่วยได้ดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ

๖.๒ เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศและพัฒนาคุณภาพงานของบุคลากรทางการพยาบาล

๖.๓ เพื่อเป็นการพัฒนาตนเองในการเพิ่มพูนความรู้ทักษะและแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การสอบถามข้อมูลผู้ป่วยในระยะแรกทำได้ยากเพราะผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยอยู่และเป็นผู้สูงอายุ ต้องสอบถามข้อมูลจากญาติ จากการได้ข้อมูล ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพ ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งส่งผลต่อให้อาการของโรคกำเริบ คือการทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ซึ่งทำให้เกิดฝุ่น ญาติไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ทั้งหมด ทำให้อาการของโรคกำเริบซ้ำได้ ซึ่งต้องเน้นย้ำให้ญาติกำชับให้เห็นความสำคัญของภาวะเสี่ยงที่กระตุ้นการกำเริบของโรค

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้าน สร้างความสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยการพูดคุย ซักถาม เพื่อให้คำแนะนำหลายๆครั้งจนกว่าจะเข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและเกิดความมั่นใจมากขึ้น การสื่อสาร พูดคุย ค่อนข้างยากเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรมีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้องรัง และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทุกงานที่เกี่ยวข้อง

๙.๒ ควรประเมินพฤติกรรมความเสี่ยงของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆอย่างตรงจุด

๙.๓ ควรให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ กับแนวทางการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้
มีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตนที่ถูกต้องมากขึ้น

๙.๔ ควรมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบ และลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

-ไม่มี-

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวนิศารัตน์ พูลพัฒน์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....นิศารัตน์ พูลพัฒน์.....

(นางสาวนิศารัตน์ พูลพัฒน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๐ / มีนาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวนิศารัตน์ พูลพัฒน์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวปวิตรา สุทธิธรรม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลนายายอาม

(วันที่) ๒๐ / มกราคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายไพศาล สุยะสา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนายายอาม

(วันที่) ๒๐ / มกราคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาขวดเก็บเสมหะสุญญากาศ

๒. หลักการและเหตุผล

การวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน นอกจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายแล้ว การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการวินิจฉัยโรคอย่างแม่นยำมากขึ้น พยาบาลมีบทบาทโดยตรงในการเก็บสิ่งส่งตรวจผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากการเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเกิดความผิดพลาดทางการวินิจฉัยโรคได้

สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีหลายชนิด เช่น เลือด ปัสสาวะ อุจจาระ เสมหะ เป็นต้น การเก็บสิ่งส่งตรวจ พยาบาลต้องมีความรู้ มีทักษะในการเก็บเพื่อสามารถเก็บได้อย่างถูกต้อง ส่งผลถึงการตรวจวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ การส่งตรวจเสมหะ สามารถพบได้บ่อย พยาบาลมีหน้าที่สอน แนะนำ การไออย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถขับเสมหะ ออกมาตรวจได้ แต่ในรายที่ไม่สามารถไอ ขับเสมหะออกได้เอง เช่น ผู้ป่วยติดเตียง พยาบาลต้องใช้วิธีดูดกับเครื่อง แล้วตัดสายที่ดูด ใส่กระปุกปราศจากเชื้อ ซึ่งจากที่ผ่านมาพบว่าสถิติการเก็บเสมหะส่งตรวจของโรงพยาบาลนายายอาม ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๗ มีผู้ป่วยโรคทางระบบทางเดินหายใจที่ต้องเก็บเสมหะส่งตรวจ จำนวน ๒,๐๙๘ ครั้ง แยกเป็น ๗๘๘ ครั้ง ๖๘๙ ครั้ง และ ๖๒๑ ครั้ง ตามลำดับ พบปัญหาการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ เพราะปริมาณไม่เพียงพอ เสมหะที่ติดสายแห้งตรวจไม่ได้ ระหว่างปีพ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงปีพ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๓๗ ครั้ง แยกเป็น ๑๒ ครั้ง ๑๐ ครั้ง และ ๑๕ ครั้ง ตามลำดับ และยังเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ จากการต้องนำสายมาตัดใส่กระปุก

ดังนั้นผู้เสนอผลงาน จึงมีแนวคิดจัดทำนวัตกรรม ขวดเก็บเสมหะสุญญากาศขึ้น เพื่อใช้เก็บเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้จำนวนตามที่ห้องปฏิบัติการต้องการ และลดการแพร่กระจายเชื้อ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

สิ่งส่งตรวจหรือตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ (specimen) หมายถึง สิ่งที่ได้จากตัวผู้ป่วย ซึ่งนำมาเพียงจำนวนเล็กน้อยแล้วนำส่งตรวจห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยโรค และเพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาพยาบาล ได้แก่ ปัสสาวะ อุจจาระ เสมหะ เลือด สิ่งคัดหลั่งจากแผล และ น้ำคัดหลั่งจากร่างกาย การเก็บเสมหะส่งตรวจ เป็นการนำตัวอย่างเสมหะของผู้ป่วยไปตรวจ เพื่อวิเคราะห์หาพยาธิสภาพของเชื้อโรคในหลอดลม เช่นการตรวจ acid-fast bacili (AFB) เป็นต้น การเก็บเพื่อตรวจเพาะเชื้อ และเลือกใช้ยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมกับเชื้อโรค และเพื่อตรวจหาเซลล์ที่มีความผิดปกติหรือเซลล์มะเร็งในหลอดลมและปอด การเก็บสิ่งส่งตรวจเป็นการประเมินอาการความเจ็บป่วยวิธีหนึ่ง เพื่อเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงเป็นการตรวจเพื่อประเมินผลการรักษา ในการเก็บสิ่งส่งตรวจอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย รู้สึกเจ็บ และรู้สึกกระดากอาย พยาบาลจึงควรปฏิบัติอย่างถูกต้องตามหลักการ ด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวัง และเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (สุปาณี เสนาดิชัย,๒๕๕๑)

การวินิจฉัยโรคให้ได้ถูกต้อง มีความจำเป็นต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค ซึ่งการที่จะได้ผลการวิเคราะห์เชื้อที่ถูกต้องนั้น ต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ หลายอย่างประกอบกัน ตั้งแต่การเก็บสิ่งส่งตรวจ การนำส่ง การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้นการเก็บสิ่งส่งตรวจ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก ถ้าการเก็บสิ่งส่งตรวจหรืออุปกรณ์ในการเก็บสิ่งส่งตรวจไม่มีคุณภาพแล้ว ย่อมทำให้ผลการวิเคราะห์คลาดเคลื่อนหรือผิดพลาดได้ในการส่งตรวจ sputum culture ก็ถือได้ว่าต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างมากเพื่อป้องกันสิ่งปนเปื้อน ถ้าการเก็บ sputum ไม่ถูกวิธี หรืออุปกรณ์ในการเก็บไม่มีคุณภาพ จะส่งผลให้การแปลผลเพาะเชื้อผิดพลาดได้

ปัญหาที่พบการเก็บเสมหะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับเสมหะได้เองพยาบาลจะปฏิบัติโดยการใช้เครื่อง Suction ดูดเสมหะจากผู้ป่วยโดยพยายามควบคุมแรงดันให้พอดีเพื่อไม่ให้เสมหะถูกดูดลงไปในขวด suction จนหมดแล้วจึงทำการตัดปลายสายsuctionที่สัมผัสเสมหะส่งไปให้ห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อ แต่ทีมพยาบาลมักจะพบปัญหาต้องเก็บเสมหะซ้ำเนื่องจากจำนวน specimen ไม่เพียงพอ ซึ่งการเก็บเสมหะซ้ำทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการดูดเสมหะเพิ่มขึ้น ทำให้ภาระงานของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากต้องทำหัตถการซ้ำ และยังส่งผลให้ผลการตรวจช่วยวิเคราะห์ investigate ล่าช้าอีกด้วย)

จากแนวคิดเรื่องการเก็บสิ่งส่งตรวจและปัญหาที่พบ ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดจัดทำ ขวดเก็บเสมหะสุญญากาศ ซึ่งพบว่า อุปกรณ์ดังกล่าวใช้เก็บเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถเก็บเสมหะได้จำนวนตามที่ห้องปฏิบัติการ ต้องการ ลดการเก็บเสมหะซ้ำได้จริง

๓.๒ ข้อเสนอแนะ

๑. ขวดเก็บเสมหะสุญญากาศ อาจไม่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยที่ไอขับเสมหะออกเองได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ขวดเก็บเสมหะสุญญากาศใช้กับผู้ป่วยติดเตียงด้วยหลักการ Aseptic technique

๒. ลดปัญหาการเก็บเสมหะซ้ำ เนื่องจากปริมาณเสมหะไม่เพียงพอ

๓. ลดโอกาสสัมผัสเชื้อโรค

ระยะเวลาดำเนินการ

มีนาคม ๒๕๖๘ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

กลุ่มเป้าหมาย

๑. พยาบาลงานผู้ป่วยใน

๒. ผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถไอขับเสมหะออกเองได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ประชุมและชี้แจงในหน่วยงาน

๒. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้อง Lab

๓. จัดทำโครงร่างนวัตกรรม จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้

วิธีดำเนินการ

๑. จัดเตรียมอุปกรณ์การเก็บเสมหะ ดังนี้

- Set sterile ๑ set
- ขวดเก็บเสมหะซึ่งเตรียมมาจากขวดยาปฏิชีวนะ
- สาย Suction เบอร์ ๑๒ จำนวน ๑ เส้น
- เข็มฉีดยาเบอร์ ๑๘ จำนวน ๒ อัน
- กรรไกรsterile ๑ อัน
- ถุงมือsterile ๑ คู่

๒. ทำขวดเก็บเสมหะแบบสุญญากาศด้วยหลัก Aseptic technique ดังนี้

- แทงเข็มเบอร์ ๑๘ ลงในขวดเก็บเสมหะ แล้วนำสายSuction เบอร์ ๑๒ มาตัดออกเป็นสองส่วน โดยวัดตำแหน่งจากปลายสายขึ้นมา ๒๐ ซม.แล้วนำไปต่อกับเข็มเบอร์ ๑๘

๓. นำอุปกรณ์ที่ประกอบเสร็จไปต่อกับเครื่องดูดเสมหะ โดยเช็ดปลาย Connector ด้วย ๗๕ % alcohol แล้ว เปิดเครื่องดูดเสมหะปรับระดับความดัน (ผู้ใหญ่ ๑๒๐ – ๑๘๐ mmHg., เด็กโต ๑๐๐ – ๑๒๐ mmHg., เด็ก เล็ก ๘๐ – ๑๐๐ mmHg.) แจ้งผู้ป่วยและญาติก่อนทำการจัดท่านอนศีรษะสูง ๓๐ – ๔๕ องศา แล้วทำการดูด เสมหะอย่างช้าๆไม่เกิน ๑๐ – ๑๕ วินาที จนเสร็จ

๔. ทดลองใช้งานกับผู้มารับบริการ

๕. นำ มาใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

๖. ประเมินผลการใช้งานจริงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

๗. ติดตามและประเมินผลการใช้งาน

๔. ผลคาดว่าที่จะได้รับ

๔.๑ หน่วยงานมีอุปกรณ์ขวดเก็บเสมหะสุญญากาศไว้ใช้

๔.๒ ลดปัญหาการเก็บเสมหะซ้ำ เนื่องจากปริมาณเสมหะไม่เพียงพอ

๔.๓ ผู้ป่วยไม่เกิดความเสี่ยง และเจ็บปวดซ้ำจากการถูกเก็บเสมหะ

๔.๔ พยาบาลไม่ต้องสัมผัสเสมหะ ลดการสัมผัสเชื้อโรค

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีขวดเก็บเสมหะสุญญากาศ ๑ แบบ

๕.๒ ผู้ใช้งานจริงมีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๓ อุบัติการณ์การเก็บเสมหะซ้ำเท่ากับ ๐

(ลงชื่อ).....นิศารัตน์ พูลพัฒน์.....

(นางสาวนิศารัตน์ พูลพัฒน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๐ / มิถุนายน / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลนายายอาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๒	นายภานุวัฒน์ สุขสกล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๒๙๙๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๒๙๙๓	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** เรื่อง การพัฒนา Emergency gown **รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”**					๑๐๐%

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๒๐ น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๕.๒๔ น.

รวมระยะเวลาในการดูแล ๑ ชั่วโมง ๔ นาที

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน โดยมีแรงมากระทำเป็นผลให้หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เนื้อเยื่อภายในกะโหลกศีรษะ สมองเกิดรอยฟกช้ำ เป็นแผลมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อจนกระทั่งมีเลือดออกในสมอง ทั้งที่เกิดจากการแตกของกะโหลกศีรษะหรือไม่มี การแตกของกะโหลกศีรษะหมดสติหรือไม่หมดสติ ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง อาจเกิดความผิดปกติด้านร่างกาย ทำให้ร่างกายพิการ การรับรู้ สติสัมปชัญญะ อารมณ์ พฤติกรรม และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงอาจเป็นได้ทั้งชั่วคราวหรือถาวรทั้งนี้การบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีความสัมพันธ์หรือพบร่วมกันกับการบาดเจ็บของบริเวณใบหน้า (Maxillofacial injury) และการบาดเจ็บกระดูกต้นคอ (Cervical spine injury) ปัจจุบันอุบัติการณ์การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา พบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุจราจร และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและจากการรายงานความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๖๑ รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ๓๑.๗ คน ต่อประชากรแสนคน สูงเป็นอันดับ ๙ ของโลกและอันดับ ๑ ในเอเชียมีผู้เสียชีวิต ๒๒,๔๙๑ คนต่อปีเฉลี่ย ๖๐ คนต่อวัน อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ ๓๐ และการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ ๒๙ สอดคล้องกับ ข้อมูลโรงพยาบาลนายายอามสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษามีแนวโน้มที่สูงขึ้น จาก ปี พ.ศ.๒๕๖๔ ถึงปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๓๓, ๑๓๘ และ ๑๔๑ ราย ตามลำดับ ซึ่งได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน ๘๔, ๘๐ และ ๖๙ ราย ตามลำดับ การบาดเจ็บที่ศีรษะมีอันตรายถึงแก่ชีวิตอาจทำให้มีความพิการหลงเหลือ (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, ๒๕๖๑)

สามารถแบ่งชนิดของการบาดเจ็บได้ ๒ ชนิด คือ

๑. ตามแรงที่มากระแทก

๑.๑ การบาดเจ็บโดยตรง (direct injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง สามารถเกิดได้ ๒ แบบ คือ

๑.๑.๑ บาดเจ็บขณะศีรษะอยู่นิ่ง (static head injury) หมายถึง การ ได้รับบาดเจ็บขณะศีรษะไม่มีการเคลื่อนไหว เกิดการบาดเจ็บเฉพาะที่ (focal injury) เช่น มีวัตถุหล่นทับศีรษะ ขณะนั่งอยู่เฉย ๆ ทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อศีรษะบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บโดยตรง (coup lesion) เช่น หัวโน บาดเจ็บที่ผิวหนัง กะโหลกศีรษะ เยื่อบุสมอง เนื้อสมอง เส้นเลือดฉีกขาดเกิดก้อนเลือดในกะโหลกศีรษะ

๑.๑.๒ บาดเจ็บขณะที่ศีรษะมีการเคลื่อนไหว (dynamic head injury) หมายถึง เกิดการบาดเจ็บขณะที่ศีรษะมีการเคลื่อนไหว อาจเป็นการเพิ่มความเร็ว (acceleration) หรือการลดความเร็ว(deceleration) เช่นขับรถมาความเร็วสูงแล้วชนกับเสาไฟฟ้าทำให้รถหยุดกะทันหันศีรษะของผู้ขับขี่หรือผู้ที่นั่งตอนหน้าคู่กับคนขับซึ่งไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัยฟาดกับกระจกรถเกิดแรงกระแทกทำให้ศีรษะถูกเหวี่ยงกลับเกิดพยาธิสภาพของศีรษะบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บและด้านตรงกันข้าม (countercoup injuries)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๒ การบาดเจ็บโดยอ้อม (indirect injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกายแล้วมีผลสะท้อนทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงกันกระแทกพื้น ทำให้ ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรงหรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่วนศีรษะขาดการรองรับ เป็นผลให้ศีรษะคว่ำไปข้างหน้าหรือหงายไปด้านหลังอย่างรวดเร็ว ชนิดนี้ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, ๒๕๖๑)

๒. ตามการแตกของกะโหลกศีรษะ ประกอบด้วย

๒.๑ กะโหลกศีรษะแตกแบบปิด (closed head injury) กะโหลกศีรษะไม่มีรอยแตก ไม่มีรูทะลุเข้าไปถึงในเนื้อสมอง ความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นกับแรงที่มากระทำต่อศีรษะ โดยปกติเนื้อสมองจะตอบสนองต่อการบาดเจ็บเหมือนกับเนื้อเยื่อทั่วไป คือ อาจมีเนื้อสมองฉีกขาด ฟกช้ำได้

๒.๒ กะโหลกศีรษะแตกแบบเปิด (opened head injury) มีการแตกของกะโหลกศีรษะ ทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อสมองทั้งจากแรงที่มากระทำโดยตรงเอง และอาจเกิดอันตรายจากการติดเชื้อแทรกซ้อนจากมีการแตกของกะโหลก และการฉีกขาดของเนื้อสมอง (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, ๒๕๖๑)

พยาธิสภาพ

เมื่อมีการบาดเจ็บเกิดขึ้นจะสามารถอธิบายตามลักษณะที่เกิดการบาดเจ็บ แบ่งได้เป็น ๒ ระยะ คือ

๑. การบาดเจ็บปฐมภูมิ (primary head injuries) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดทันทีที่ศีรษะได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ บาดเจ็บของหนังศีรษะ กะโหลก หรือสมอง เช่น หนังศีรษะฉีกขาด กะโหลกแตก สมองกระเทือนสมองช้ำซึ่งเกิดจากแรงมากระแทกโดยตรง ลักษณะของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับลักษณะของวัตถุ ความเร็วน้ำหนัก ความแรง และทิศทางของแรงที่มากระแทกบนอวัยวะ

๒. การบาดเจ็บทุติยภูมิ (secondary head injuries) เป็นภาวะแทรกซ้อนของการบาดเจ็บที่ต่อเนื่องจากการบาดเจ็บระยะแรก ซึ่งการบาดเจ็บอาจเกิดทันทีหรือหลังบาดเจ็บนับเวลาเป็นชั่วโมง วัน หรือสัปดาห์ เช่น เลือดออกเหนือชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural hematoma) เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดแดงที่เยื่อหุ้มสมอง มักจะสัมพันธ์กับการได้รับการกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะอย่างรุนแรง เนื่องจากเลือดออก(นครชัย เผื่อปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, ๒๕๖๒)

อาการและอาการแสดง

๑. อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (Neurological signs)

๑.๑ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยจะลดลงกว่าเดิม

๑.๒ การเปลี่ยนแปลงอาการแสดงเฉพาะที่ทางระบบประสาท คือ การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาทั้งขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา (pupils) ต่อแสงสว่าง อาจเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง

๒. อาการปวดศีรษะ ในระยะแรกที่มีความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะเพราะในโพรงกะโหลกศีรษะบริเวณที่มีประสาทรับความรู้สึกต่อความเจ็บปวด (pain sensitive structures) มีการเปลี่ยนแปลง

๓. อาการอาเจียน ที่พบจากความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง พบในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเกิดขึ้นในบริเวณใต้เทนทอเรียลหรือมีการกดบริเวณศูนย์ควบคุมการอาเจียนที่อยู่บริเวณเมดัลลา จะเป็นการอาเจียนแบบไม่มีการเตือนล่วงหน้า และเป็นแบบอาเจียนพุ่ง (projectile vomiting)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ในระยะแรกของความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ความดันโลหิตจะยังคงเป็นปกติ แต่ต่อมาเมื่อก้านสมองถูกรบกวนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตโดยการที่ปฏิกิริยาการขาดเลือด ซึ่งเกิดจากการที่ vasomotor center ในเมดัลลาขาดเลือด ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น (นครชัย เผื่อปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, ๒๕๖๒)

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (severity of head injury) ใช้คะแนนของ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นหลักในการแบ่งความรุนแรง ดังต่อไปนี้

๑. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild head injury) ถ้าผู้ป่วยรู้สติและมี Glasgow Coma Scale (GCS) ๑๓-๑๕

๒. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) ผู้ป่วยซึมมี Glasgow Coma Scale (GCS) ๙-๑๒

๓. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือมี Glasgow Coma Scale (GCS) ๓-๘ (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๖๑)

การวินิจฉัย

๑. การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางระบบประสาท Glasgow Coma Scale (GCS) เช่น การตรวจประสาทสมอง การเคลื่อนไหว ระบบรับความรู้สึก ประกอบด้วย

๑.๑ การลืมตา (E-eye opening) เพื่อดูกลไกการทำงานของศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวว่ามีการเสียหน้าที่จากพยาธิสภาพของสมองหรือไม่ โดยแบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

- ลืมตาได้เอง (spontaneous opening) ให้ ๔ คะแนน
- ลืมตาเมื่อเรียก (to speech) ให้ ๓ คะแนน
- ลืมตาเมื่อเจ็บ (to pain) ให้ ๒ คะแนน
- ไม่ลืมตาเลย (none) ให้ ๑ คะแนน

๑.๒ การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (M-motor response) โดยแบ่งเป็น ๖ ระดับ ดังนี้

- ทำตามคำสั่ง (obeys commands) ให้ ๖ คะแนน
- ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (purposeful movement or localizes pain) ให้ ๕ คะแนน
- ชักแขน ขาหนีเมื่อเจ็บ (withdraws to pain/ non-purposeful) ให้ ๔ คะแนน
- แขนงอเข้าหาตัวเมื่อเจ็บ (flexion to pain/ decorticate response) ให้ ๓ คะแนน
- แขนเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ (extension to pain/ decerebrate response) ให้ ๒ คะแนน
- ขางอเข้าหาตัวเมื่อเจ็บ (flexion to pain/ decorticate response) ให้ ๓ คะแนน
- ขาเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ (extension to pain/ decerebrate response) ให้ ๒ คะแนน
- ไม่มีการเคลื่อนไหว (no response) ให้ ๑ คะแนน

๑.๓. การสื่อภาษา (V-verbal response) โดยแบ่งเป็น ๕ ระดับ ดังนี้

- พูดคุยได้ไม่สับสน (oriented) ให้ ๕ คะแนน
- พูดคุยได้แต่สับสน (confused) ให้ ๔ คะแนน
- พูดเป็นคำ (inappropriate words) ให้ ๓ คะแนน
- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (incomprehensible sounds) ให้ ๒ คะแนน
- ไม่ออกเสียงเลย (none) ให้ ๑ คะแนน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๔ การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาในผู้ป่วยทางระบบประสาทสามารถบอกถึงอาการของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้พยาบาลที่เฝ้าระวังติดตามสามารถเตรียมพร้อมในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที

๒. การตรวจทางรังสี

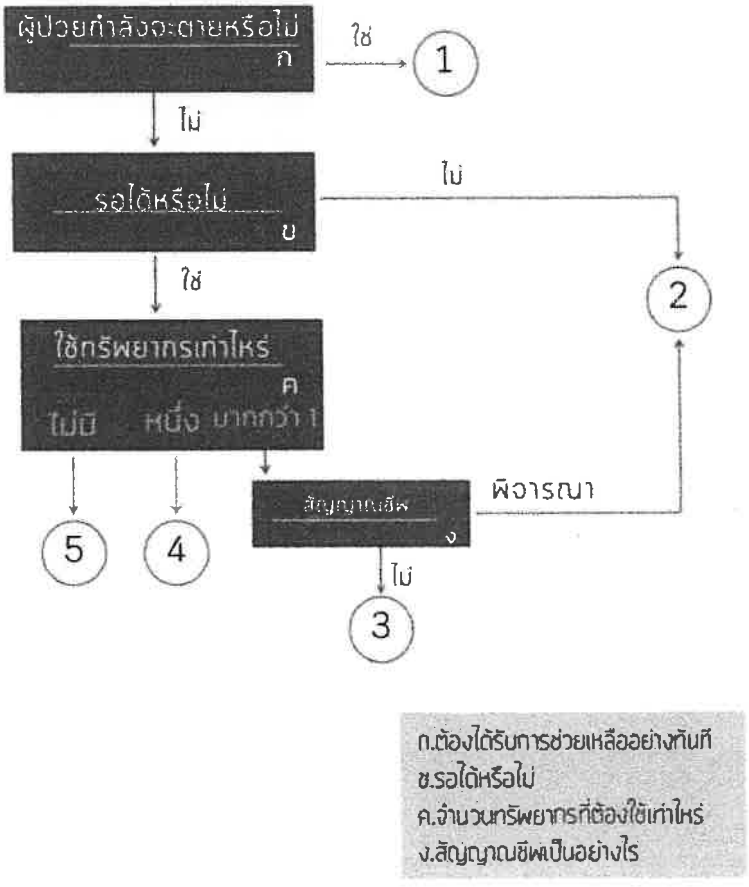
๒.๑ การถ่ายภาพกะโหลกศีรษะ (film skull) เพื่อตรวจดูว่ามีกะโหลกศีรษะแตกชนิดต่างๆ

๒.๒ การถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (computerized tomography) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการมีเลือดออกในสมองซึ่งสามารถให้รายละเอียดได้ถึงร้อยละ ๘๐

๒.๓ การตรวจสมองโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging) จะเลือกใช้ในผู้ป่วยที่อาการผิดปกติของไขสันหลังและการประเมินเนื้อเยื่ออ่อนได้รับการบาดเจ็บเฉพาะ และก้อนเลือดที่คั่งในโพรงประสาท (epidural hematoma) (นครชัย เผือปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, ๒๕๖๒)

MOPH ED Triage

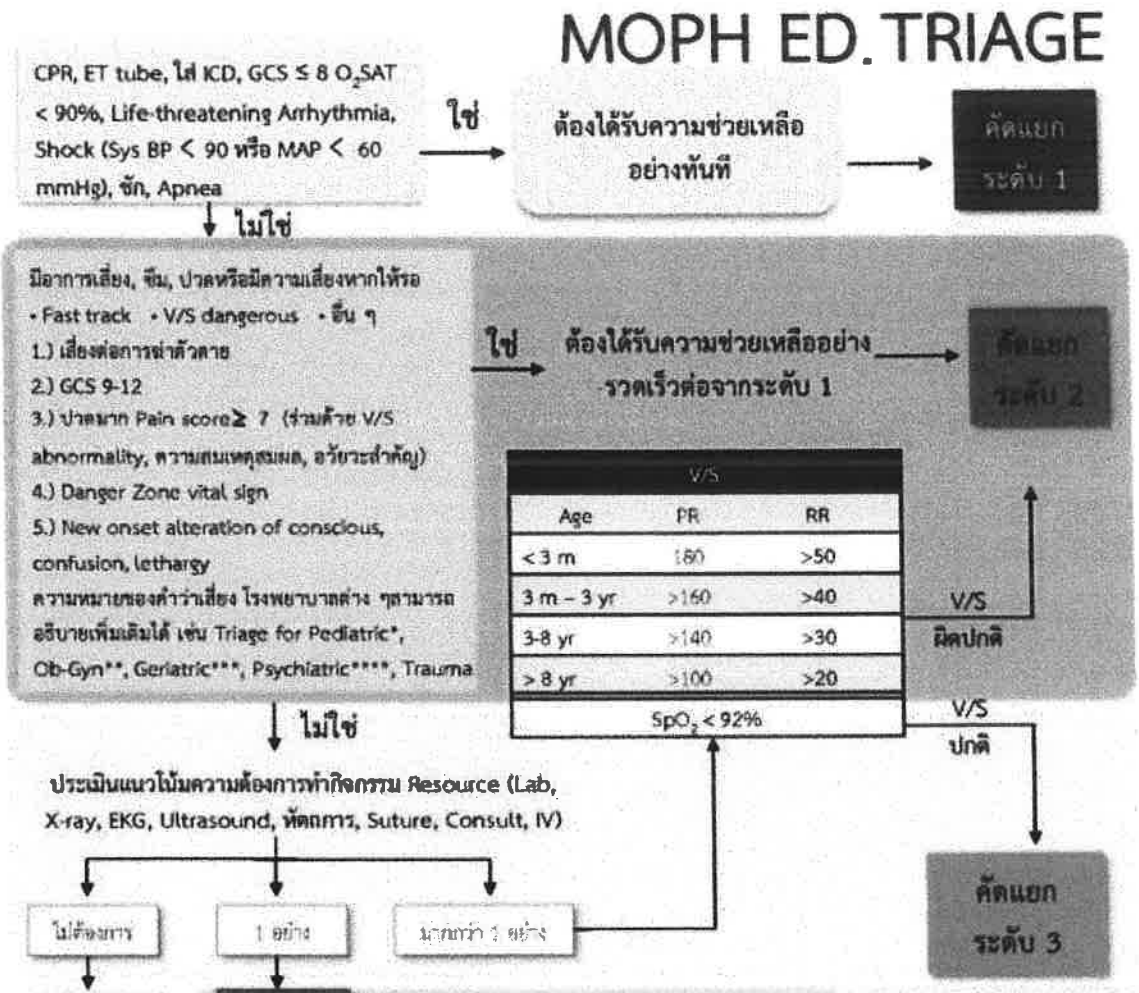
การคัดกรอง ๕ ระดับ สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้การประเมินลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) ในขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะ (acuity) จะถูกใช้เพียงอย่างเดียวเพื่อคัดแยกเป็นระดับ ๑ หรือระดับ ๒ และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ ๓, ๔ หรือ ๕ การประเมินลักษณะ (acuity) ใช้การตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขาและอวัยวะเป็นหลัก การประเมินทรัพยากรอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ของผู้ประเมิน



แนวทาง Emergency Severity Index Algorithm Version 4

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)



* Pediatric Triage: กรณีที่เป็นผู้ป่วยเด็ก มีข้อต้องพิจารณาดังนี้ 1. อายุ 1 - 28 วัน ในกรณี อุณหภูมิ > 38.0 ◦C ให้พิจารณาเป็นคัดแยกระดับ 2 เป็นอย่างน้อย, 2. อายุ 1 - 3 เดือน ในกรณี อุณหภูมิ > 38.0 ◦C ให้พิจารณาเป็นคัดแยกระดับ 2, 3. อายุ 3 เดือน - 3 ปี ในกรณี อุณหภูมิ > 39.0 ◦C ให้พิจารณาเป็นคัดแยกระดับ 3

** Ob-Gyn Triage

*** Geriatric Triage

**** Mental Health Triage: Mental Health Triage Tool, Department of Health, Australian Government

***** กรณีที่อยู่ใน danger zone vital sign ให้พิจารณาเป็น คัดแยกระดับ 2

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การรักษา

๑. การรักษาหลักประเมินอาการของผู้ป่วยตามหลัก ABC

ประเมินอาการของผู้ป่วยตามหลัก ABC ดังนี้

๑.๑ ประเมินทางเดินหายใจ (A: Airway) ตรวจทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งโดยขจัดสิ่งที่อาจกีดขวางทางเดินหายใจ เช่น สิ่งแปลกปลอม อาหาร หรือน้ำที่อยู่ในปากออก รวมทั้งตรวจดูความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย บางกรณีอาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจทันทีหากประเมินแล้วพบว่ามีภาวะทางเดินหายใจอุดตัน

๑.๒ ประเมินการหายใจ (B: Breathing) เป็นการตรวจดูการหายใจของผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติหรือไม่มีรอยบาดแผลบริเวณทรวงอก ฟกช้ำ มีเสียงกรอบแกรบไหม บางรายอาจต้องได้รับการใส่สายระบายลมจากช่องเยื่อหุ้มปอดจากลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด(ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, ๒๕๖๑)

๑.๓ ประเมินระบบไหลเวียนโลหิต (C: Circulation) ความดันโลหิต อาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ชีพจรเบาเร็ว มีเลือดออกตามรยางค์ต่าง ๆ อาจมีการให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำตามอาการผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ระบบการไหลเวียนเลือดและความดันเลือดกลับคืนสภาพปกติ หรือการเลือดอย่างรวดเร็ว

๒. การรักษาด้วยยา เช่น ยาลดความดันโลหิต ยากันชัก เนื่องจากการชักจะเพิ่มเมทาบอลิซึมของสมอง เลือดจะไหลเวียนสู่สมองมากขึ้นและทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

๓. การรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ได้แก่

๓.๑ Craniotomy เป็นการผ่าตัดโดย Bur hold แล้วเอา bone flap ออกเพื่อเปิดเยื่อหุ้มสมองคูราเอาก้อนเลือดหรือก้อนเนื้องอกออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

๓.๒ Craniectomy วิธีทำเหมือน Craniotomy แต่เย็บ skin flap ไว้ โดยตัดกะโหลกศีรษะบางส่วนออกไป

๓.๓ Ventriculostomy เป็นการทำ Bur hold แล้วต่อท่อเข้าโพรงสมอง ระบายน้ำไขสันหลังลงสู่ถุงรองรับน้ำไขสันหลังภายนอกร่างกาย(พิชญา ทองโพธ์, ๒๕๖๑)

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระยะแรกรับ พยาบาลคัดกรองประเมิน Initial assessment ทันที และจัดระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยระดับ ๑ (ฉุกเฉินวิกฤต) ดูแลให้พนักงานเปลและเจ้าหน้าที่กู้ภัยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากรถพยาบาล (BLS) โดยมีพยาบาลติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดนำส่งเข้าห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน

๑. การประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงในระยะวิกฤตจะตรวจพบการลดลงของระดับการรู้สติเป็นสิ่งแรก โดย Glasgow Coma Scale (GCS) จะไม่เกิน ๘ คะแนน ผู้ป่วยมักหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยในการดูแลระบบทางเดินหายใจ (นครชัยเผื่อนปฐม และธีรเดชศรีกิจวีไลกุล, ๒๕๖๒) ในระยะนี้พยาบาลควรประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) ทุก ๑๕ นาที

๒. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยดูดเสมหะตามความจำเป็นเท่านั้นแต่ไม่ควรเว้นเกิน ๔ ชั่วโมงเพื่อป้องกันการยึดเกาะของเสมหะ โดยก่อนและหลังดูดควรให้ออกซิเจน ๑๐๐% นาน ๓๐-๖๐ วินาที ใช้เวลาดูดแต่ละครั้งไม่เกิน ๑๐-๑๕ วินาที ใช้ความดันลบ ๘๐-๑๒๒ มิลลิเมตรปรอท ดูดไม่เกิน ๒ ครั้งต่อรอบและเว้นช่วงพัก ๑๐-๑๒ วินาที (ภารณี เทพส่องแสง, วรรณลี ยอดรักษ์, และสุดศิริหิรัญชุณหะ, ๒๕๖๒ สังเกตความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO๒) โดยให้มีค่า ≥ ๘๕% หลังดูดเสมหะเนื่องจากการดูดกระตุ้นให้เกิดการไอ ซึ่งจะทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้นและทำให้เกิดภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure : IICP) ได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. การประเมินการเคลื่อนไหวและกำลังของแขน ขา ในผู้ป่วยที่มีก้านสมองถูกกดจะทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure : IICP) โดยในระยะแรกจะมีการอ่อนแรงด้านตรงกันข้ามกับรอยโรค ส่วนในระยะท้ายจะไม่มีการเคลื่อนไหว หรืออาจมีอาการที่เรียกว่า Decorticate rigidity ประกอบด้วยอาการตัวเกร็ง แขนงอชิดหน้าอก กำนิ้วมือแน่นเข้าหากัน และขาเหยียดตรง หรืออาการ Decercbrate rigidiy ซึ่งจะมีอาการตัวเกร็งแขนเหยียดแนบลำตัว ข้อมือเหยียดออกจากลำตัว และขาที่เหยียดตรงเหมือนกับ Decorticate rigidity (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, ๒๕๖๑)

๔. การประเมินขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสงโดยจะตรวจพบการเปลี่ยนแปลงเมื่อเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๓ (Oculomotor nerve) ถูกกด โดยในระยะแรกรูม่านตาจะขยายข้างเดียวกับรอยโรค ในระยะท้ายจะขยายทั้ง ๒ ข้างและไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง

๕. ประเมินบาดแผลภายนอกอื่นๆ (Exposure and environmental control) และให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายโดยการห่มผ้าให้กับผู้ป่วย

๖. การประเมินสัญญาณชีพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในระยะท้ายจะมีกลุ่มอาการที่เรียกว่า Cushing's triad ซึ่งเกิดจากมีแรงกดที่ก้านสมองส่วนควบคุมสัญญาณชีพ ซึ่งจะตรวจพบลักษณะความดันโลหิตช่วงบน (Systolic blood pressure) สูงขึ้น ในขณะที่มีความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic blood pressure) ลดลง หรือเท่าเดิมทำให้แรงดันชีพจร (Pulse pressure) กว้างมากกว่า ๖๐ มิลลิเมตรปรอท หายใจไม่สม่ำเสมอและหัวใจเต้นน้อยกว่า ๖๐ ครั้งต่อนาที (Lewis, Bucher, Heitkemper, & Harding, ๒๐๑๗) และจะพบอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น โดยอุณหภูมิที่เพิ่มจากปกติทุก ๑ องศาเซลเซียส จะทำให้สมองใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตร้อยละ ๗ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และคณะ, ๒๕๖๐) ดังนั้น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงที่มีไข้ทุกรายต้องได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

๗. ดูแลให้ยาควบคุมความดันโลหิต โดยรักษาระดับความดันโลหิตช่วงบนให้มีค่าไม่เกิน ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันเลือดออกในสมอง (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, ๒๕๖๑) ร่วมกับเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำโดยหากความดันโลหิตช่วงบนมีค่าน้อยกว่า ๙๐ มิลลิเมตรปรอท จะเป็นเหตุให้ความดันในการกำซาบเนื้อเยื่อสมอง (Cerebral perfusion pressure [CPP]) ลดลง ส่งผลให้สมองขาดเลือดได้ (โสพรรณ โพทะยะ, ๒๕๖๒)

๘. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว (Capillary blood glucose) และรักษาระดับให้มีค่า ๘๐-๑๘๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, ๒๕๖๑) เนื่องจากเมื่อสมองได้รับบาดเจ็บจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและระบบฮอร์โมนทำให้น้ำตาลในเลือดสูง (โสพรรณ โพทะยะ, ๒๕๖๒) ส่งผลให้มีภาวะสมองขาดเลือดมากขึ้น สมองบวมและมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure : IICP)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤต

๑. การประเมินสภาพ (Nursing assessment)

๑.๑ การซักประวัติการเจ็บป่วย

๑.๒ การตรวจร่างกายทั่วไป

๑.๓ การตรวจประเมินระบบประสาท

๑.๔ การประเมินระดับความรู้สึกตัว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤต (ต่อ)

๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตโดยมีภาวะคุกคามต่อชีวิต

๒.๑ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและได้รับอุบัติเหตุทางสมอง

๒.๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะรุนแรงเพิ่มขึ้นขณะส่งต่อผู้ป่วย

๒.๓ ญาติผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลจากสภาพความเจ็บป่วย

๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing plan) มีการกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉิน

๓.๑ มุ่งเน้นการดูแลเฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัวควบคู่กับการป้องกันแก้ไขภาวะช็อก

๓.๒ ปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตาม หลักการพยาบาลวิกฤตฉุกเฉินและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ทุกขั้นตอน

๓.๓ เฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ สัญญาณประสาทอย่างสม่ำเสมอ

๓.๔ ให้ข้อมูลแผนการรักษาต่อเนื่องและบรรเทาความวิตกกังวลให้แก่ญาติผู้ป่วย

๓.๕ การประสานกับทีมการพยาบาลแม่ข่าย เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้อย่างรวดเร็ว

๔. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation) มีการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา ดังนี้

๔.๑ ป้องกันความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและได้รับอุบัติเหตุทางสมอง

๔.๒ ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรุนแรงเพิ่มขึ้นขณะส่งต่อผู้ป่วย

๕. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation)

๕.๑ ผู้ป่วยอาการคงที่โดยพบว่า ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ สัญญาณประสาทเท่าเดิมกับในระยะแรกรับ

๕.๒ บาดแผลในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้รับการเย็บ ตกแต่ง และ stop bleeding ทำให้ไม่มีเลือดออกเพิ่ม

๕.๓ ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลแผนการรักษาอย่างชัดเจน ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือดี

๕.๔ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว (วารี มุสิกะวัน, ๒๕๖๐)

ISBAR เป็นแนวทางในการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีกรอบในการสื่อสารเพิ่มความชัดเจนครบถ้วนของข้อมูล มี ๕ ขั้นตอน ได้แก่

I: Identify การระบุชื่อ ระบุตัวผู้รายงาน/ตัวผู้ป่วย

S: Situation สถานการณ์ผู้ป่วยที่ต้องรายงาน/ที่ต้องส่งเวร

B: Background ข้อมูลภูมิหลังสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วย

A: Assessment การประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยของพยาบาล และ

R: Recommendation ข้อแนะนำหรือความต้องการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เพศชาย สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อายุ ๖๗ ปี

วันที่เข้ารับโรงพยาบาล วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๒๐ น.

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๕.๒๔ น.

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๒๐ น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๕.๒๔ น.

รวมรับไว้ในการดูแล ๑ ชั่วโมง ๔ นาที

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

หน้ามืด สลบ ๔ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

๔ ชั่วโมงก่อนมา ขณะกำลังตัดกิ่งไม้ หน้ามืด ตกจากบันไดสูงประมาณ 1.5 เมตร สลบไม่ทราบระยะเวลา จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีปวดบริเวณก้นด้านซ้าย เดินได้ เพื่อนบ้านไปพบ พาไปนั่งพัก มีอาเจียนเป็นเศษอาหาร ๕ ครั้ง ยังไม่ได้รับการรักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต DM type II, HT, DLP รักษาต่อเนื่องที่รพ.นายายอาม ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด เคยสูบบุหรี่วันละ 3 มวนต่อวัน นาน 40 ปี เลิกเมื่อ 3 ปีที่แล้ว ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด

ประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว บิดามารดาเสียชีวิต เมื่อ ๔๐ ปีก่อน ไม่มีโรคประจำตัว มีภรรยา ๑ คน มีโรคประจำตัวเป็น HT, DLP รักษาต่อเนื่องที่รพ.นายายอาม มีบุตรชายทั้งหมด ๑ คน ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป	: ผู้ชายไทย อ้วน ผิวคล้ำ รู้สึกตัวดี E๔V๕M๖ น้ำหนัก ๗๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๒ เซนติเมตร BMI ๒๗.๔๓ กก./ม.
ผิวหนัง	: ผิวดำแดง ลักษณะเป็นคนผิวแห้ง ผิวหนังไม่ชืด ไม่มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง ไม่มีจ้ำเลือด มีแผลถลอกตามร่างกาย บริเวณแขน และขาทั้ง ๒ ข้างบริเวณก้นด้านซ้าย มีรอยช้ำขนาด ๓x๓ เซนติเมตร ไม่มีก้อนผิดปกติ
ศีรษะ	: รูปร่างปกติ มีความสมมาตร กะโหลกศีรษะเรียบ ไม่มีแผลฉีกขาด
ตา	: ตาและคิ้ว สมมาตรกันดี รูม่านตาข้างขวา ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี มองเห็นปกติ รูม่านตาข้างซ้าย ๔ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงช้า เปลือกตาไม่ชืด
หู	: รูปร่างปกติ ลักษณะใบหูสมมาตรเท่ากันทั้งสองข้าง การได้ยินปกติทั้งสองข้าง ต่อมน้ำเหลืองหน้าหูและหลังหูไม่โต
จมูก	: รูปร่างปกติ การรับกลิ่นปกติ เยื่อบุจมูกสีชมพูไม่บวม ไม่มีกดเจ็บบริเวณไซนัส
ปากและลำคอ	: ริมฝีปากคล้ำ ไม่แห้ง ลักษณะขากรรไกรปกติ ทอลซิลไม่โต ไม่มีจุดหนอง ไม่มีแผลในปาก เหงือกไม่อักเสบ ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง ต่อมไทรอยด์ไม่โต
ต่อมน้ำเหลือง	: ไม่โต คลำไม่พบก้อน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ทรวงอกและปอด : รูปร่างทรวงอกขนาดเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง หายใจไม่หอบเหนื่อย หายใจ no chest wall retraction อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ฟังปอดได้เสียง Clear BL, good air entry, no crepitation SpO2 Room air ๙๘% เคาะปอดได้ยินเสียงโปร่งเท่ากัน

หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต : อัตราการเต้นของหัวใจ ๙๒ ครั้งต่อนาที เต้นสม่ำเสมอแรงดี ไม่ได้ยินเสียงหัวใจผิดปกติ ความดัน ๑๙๙/๘๔ มิลลิเมตรปรอท ปลายเล็บมือ Capillary refill ๓ วินาที

ท้อง : คลำท้องนุ่ม ท้องไม่อืด คลำตับและม้ามไม่พบ เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ

ทางเดินปัสสาวะ : สามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีแสบขัด

กล้ามเนื้อและข้อ : บริเวณข้อต่างๆไม่มีบวมและอักเสบ เคลื่อนไหวได้ปกติ

ประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมานาน ๑๓ ปี โรคไขมันในเลือดสูงมานาน ๑๒ ปี โรคไขมันในเลือดสูงมานาน ๕ ปี การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความวิตกกังวลกลัวว่าจะกลับไปทำงานไม่ได้

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร รับประทานอาหารทางปาก ภรรยาเป็นคนเตรียมอาหารให้ วันละ ๓ มื้อ ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้รสหวาน ตื่มกาแฟ 1 ซอง ที่บ้านขายขนม มักทานขนมบ่อย ชอบทานข้าวราดน้ำปลา

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย ปัสสาวะ ๔-๕ ครั้งต่อวัน ไม่มีปัสสาวะแสบขัด อุจจาระ ๑ วันครั้ง ไม่ต้องใช้ยาระบาย

แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ มีออกกำลังกายโดยการเดินแกว่งแขนรอบบ้านนานๆครั้ง และปลูกต้นไม้รอบบ้าน ทำให้ต้องมีการตัดแต่งกิ่งต้นไม้ จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุในครั้งนี้

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ เข้านอน ประมาณ ๒๓.๐๐ น. ตื่นเวลา ๐๕.๐๐ น. ก่อนเกิดเหตุผู้ป่วยนอนหลับได้ปกติ

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ ๔ ปัจจุบันประกอบอาชีพค้าขาย ก่อนการเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยมีสติและรับรู้ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดอุบัติเหตุ แต่ไม่ได้ระมัดระวัง

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการประกอบอาชีพค้าขาย ทำให้อาการของโรคควบคุมได้ไม่ดี แต่ด้วยความชอบของตนเองจึงยังทานขนมบ่อย ชอบทานข้าวราดน้ำปลา

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูก ลูกเป็นคนดูแลทั้งเรื่องในชีวิตประจำวันและตอนเจ็บป่วย สัมพันธภาพภายในครอบครัวดี

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ สถานภาพสมรส มีภรรยาเมื่ออายุ ๒๐ ปี ปัจจุบันภรรยาอายุ ๗๐ และบุตรชาย ๑ คน ปัจจุบันอยู่ด้วยกัน

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด การเจ็บป่วยในครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ในช่วงแรก เนื่องจากต้องพักรักษาตัวและสังเกตอาการต่อ จึงมีความเครียด เนื่องต้องการทำงานเพื่อนำเงินมาใช้จ่ายใน ครอบครัว

แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ ก่อนการเจ็บป่วยไปร่วมงานทำบุญวันสำคัญทางศาสนาและไหว้พระ สวดมนต์ ในวันพระ ปัจจุบันยังคงทำอย่างต่อเนื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ –

การตรวจทางรังสีรักษา

- Film Pelvis AP: not seen pelvis fracture
- Film chest: not seen fracture ribs, no pneumo-hemothorax
- Film Hip Joint AP&LAT: not seen Hip fracture

การวินิจฉัยของแพทย์ : Mild head injury moderate risk

สรุปอาการและอาการแสดง

วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๒๐ น. ๔ ชั่วโมงก่อนมา ขณะกำลังตัดกิ่งไม้ หน้ามืด ตกจากบันไดสูงประมาณ 1.5 เมตร สลบไม่ทราบระยะเวลา จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีปวดบริเวณก้นด้านซ้าย เดินได้ เพื่อนบ้านไปพบ พาไปนั่งพัก มีอาเจียนเป็นเศษอาหาร ๕ ครั้ง ไม่ได้รับการรักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล

แรกรับที่ห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยไทยเพศชายอายุ ๖๗ ปี มาโดยรถนอน ผู้ป่วย Glasgow Coma Score E๔V๕M๖ pupil Rt ๒ mm reactive to light /Lt ๔ mm slowly reactive to light, Film Pelvis AP: not seen pelvis fracture ,Film chest: not seen fracture ribs, no pneumo-hemothorax, Film Hip Joint AP&LAT: not seen Hip fracture, FAST Negative ลักษณะสีผิวเหลืองซีดเล็กน้อย ไม่มีจุดจ้ำเลือดผิดปกติ มีแผลฉีกขาดตามร่างกาย มีปวดบริเวณก้นด้านซ้าย เดินได้ปกติ หายใจสม่ำเสมอดี ไม่หอบเหนื่อย หายใจ no chest wall retraction อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ฟังปอดได้เสียง Clear BL, good air entry, no crepitation SpO2 Room air ๙๘% เจาะ DTX แรกรับได้ 109 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ดูแลให้สารน้ำ ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร IV ๘๐ ml/hr. ขณะรออยู่ในห้องฉุกเฉินผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นเศษอาหาร ๑ ครั้ง แพทย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลศูนย์รับเคสเพื่อไป CT สมอง

สรุปอาการและอาการแสดง การรักษาและการพยาบาลก่อนนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วย Glasgow Coma Score E๔V๕M๖ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศา ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ ๙๐ ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๗๙/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

SOS Score = ๐ คะแนน จำหน่ายจากการดูแล วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๕.๒๔ น. รวมระยะเวลาการดูแล ๑ ชั่วโมง ๔ นาที

อาการก่อนจำหน่าย ผู้ป่วย Glasgow Coma Score E๔V๕M๖ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศา ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ ๙๐ ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๗๙/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

สรุปปัญหาทางการพยาบาล

ข้อที่ ๑. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อที่ ๒. มีโอกาสเกิดอาการทรุดลงขณะส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์

ข้อที่ ๓. ผู้ป่วยและญาติมีภาวะเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากอาการเจ็บป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจเป็นกรณีศึกษาขณะปฏิบัติงาน

๒. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคจากเอกสารวิชาการ หรือจากตำราหลายๆเล่ม

๓. นำมาเขียนเป็นกรณีศึกษาทางการพยาบาล

๓.๑ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

๓.๒ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลวิเคราะห์ทางการแพทย์

๓.๓ ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษาแพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย

๓.๔ นำมาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลภาวะฉุกเฉิน

๓.๕ สรุปข้อเสนอแนะ

๓.๖ เรียบเรียงเป็นเอกสารให้สมบูรณ์และรวบรวมเป็นเล่ม

๔.๓ เป้าหมายของงาน

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับพยาบาลในหน่วยงานต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน ๑ ราย ตั้งแต่วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๒๐ น.ถึง วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖ เวลา ๑๕.๒๔ น.รวมรับไว้ในความดูแล ๑ ชั่วโมง ๔ นาที

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเฉพาะราย ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกตามระดับความรุนแรงโดยใช้ MOPH.ED.TRIAGE ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้คัดแยกอยู่ในระดับ ๒ มีอาการเสี่ยง New onset alteration of conscious ซึ่งต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วต่อจากระดับ ๑ ทำการซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อประเมินวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การรักษาที่จำเป็นเร่งด่วนในภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับการรักษาในภาวะฉุกเฉินวิกฤต และประสานความร่วมมือกับบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยการสื่อสารใช้หลัก ISBAR ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการเดินทางไปยังโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีอย่างปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจพิเศษ (CT Scan) เพื่อค้นหาภาวะผิดปกติเนื่องมาจากการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีเลือดออกได้สมองได้ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้พบว่า หลังจากได้รับการตรวจพิเศษ (CT Scan) แล้วไม่พบเลือดออกในสมอง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ นำความรู้จากการศึกษาค้นคว้าเรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมองจากอุบัติเหตุ มาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้บาดเจ็บปลอดภัยและลดความรุนแรงขณะส่งต่อ

๖.๒ เป็นแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาล

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ประสบอุบัติเหตุ ด้วยตกจากที่สูง สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ทำให้การสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยในระยะแรกทำได้ยาก ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลให้เกิดการล่าช้า จึงต้องสอบถามข้อมูลจากญาติผู้ป่วยแทน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากมีผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับการรักษาหลายรายพร้อมกัน ทำให้การให้บริการในโซนผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) อาจเกิดความล่าช้าและผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพหรือทำหัตถการพร้อมกัน ร่วมกับแพทย์ต้องดำเนินการวินิจฉัยโรคและรอผลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยต้องชะลออยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินนานกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ พัฒนาระบบการใช้ ISBAR ในการรับส่งต่อผู้ป่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๙.๒ เสนอผู้บริหารจัดบริการ CT Scan ที่รพ.ชุมชน ให้สามารถประเมินและวินิจฉัยเบื้องต้นในผู้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้ทันทีและรวดเร็วโดยไม่ต้องส่งต่อ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

-ไม่มี-

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นายภานุวัฒน์ สุขสกล สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ภานุวัฒน์ สุขสกล.....

(นายภานุวัฒน์ สุขสกล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๐ / มีนาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายภานุวัฒน์ สุขสกล	ภานุวัฒน์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวปวิตรา สุทธิธรรม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลนายายอาม

(วันที่) ๒๐ / มิถุนายน / ๒๕๖๔

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายไพศาล สุยะสา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนายายอาม

(วันที่) ๒๐ / มิถุนายน / ๒๕๖๔

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนา Emergency gown

๒. หลักการและเหตุผล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medi-cal service system) หมายถึงการจัดให้มีการให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว โดยนำเอาทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่มาพัฒนาเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่ความรวดเร็วทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพในพื้นที่หนึ่งๆ ซึ่งประกอบด้วยการจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ มีระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ มีหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพและเหมาะสมต่อพื้นที่บริการ มีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วย ณ ที่เกิดเหตุ มีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วยในระหว่างนำส่ง และมีการนำส่งยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม (กัญญา วังศรี, ๒๕๕๖) โรงพยาบาลนายายอาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง มีให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service : EMS) ณ จุดเกิดเหตุเบื้องต้นมีแนวโน้มสูงขึ้น ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๓๓๔, ๓๓๑ และ ๒๕๙ ครั้ง (สถิติรายงานการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลนายายอาม, ๒๕๖๔-๒๕๖๖) และการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้น มีงานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสสารคัดหลั่งได้ ซึ่งแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีกิจกรรมการให้บริการดูแลรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต มีการทำแผล เจาะเลือด ดูดเสมหะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการทำหัตถการอื่น ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุในขณะปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา (คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล, ๒๕๖๔) โรงพยาบาลนายายอามพบอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ จากการกระเด็นของสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น เช่น เลือด เสมหะ อาเจียน กระเด็นเปื้อนผ้าของเจ้าหน้าที่เฉลี่ย ๑๐-๑๒ ครั้งต่อปี

ในปัจจุบันผ้ากันเปื้อนที่ใช้เป็นแบบพลาติกบางเบา ยาวคลุมเข่าแต่ไม่ทั้งตัว เวลาทำหัตถการผ้ากันเปื้อนจะเลื่อนไปทางด้านข้าง ทำให้ไม่สามารถป้องกันการสัมผัสสารคัดหลั่งได้ทั้งหมด และยังพบอุบัติการณ์เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อนจากการถูกรถกระบะชนท้ายรถ Ambulance ขณะออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเพราะบนท้องถนน เวลากลางคืนแสงว่างไม่เพียงพอ และแถบสะท้อนแสงที่ชุดปฏิบัติงานจะมีแถบด้านหลัง ไม่มีด้านหน้า อีกทั้งยังพบการเสียเวลาในการต้องกลับมาเปิดกระเป๋า EMS นำอุปกรณ์ Airway ออกมา และกลับมาเอาถุงมือ ในกรณีที่ถุงมือฉีกขาด (มีกระเป๋า EMERGENCY ไปด้วยอยู่แล้ว แต่กล่องถุงมืออยู่แยกต่างหาก) ซึ่งบางครั้งจุดจอดรถกับที่เกิดเหตุอยู่ห่างกัน

ดังนั้นผู้เสนอผลงาน จึงมีแนวคิดจัดทำนวัตกรรม Emergency gown ขึ้นซึ่งเป็นผ้ากันเปื้อนที่มีแถบสะท้อนแสงและช่องใส่อุปกรณ์ซึ่งภายในจะมีถุงมือไว้คอยเปลี่ยน กรณีที่คู่ที่ใส่อยู่ขาดหรือเปื้อนสารคัดหลั่งมาก มี AIR WAY เพื่อไว้เปิดทางเดินหายใจ และ Elastic bandage ไว้เพื่อห้ามเลือด สามารถป้องกันการติดเชื้อจากการกระเด็นของสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อน ลดขยะ และรักษาสิ่งแวดล้อม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) คือระบบการบริหารจัดการทางการแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างทันท่วงทีก่อนที่จะถึงโรงพยาบาลโดย มีวัตถุประสงค์คือเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดการโดยมีขั้นตอนการปฏิบัติงานได้แก่ การพบเหตุ (Detection) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การออกปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response) การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene care) การลำเลียงขนย้ายและให้การดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) และ การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) จากข้อมูลผู้ป่วยที่บาใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย (ITEMS) พบว่าแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (วารสารวิชาการ การแพทย์ภัยพิบัติและฉุกเฉินเจ้าฟ้าจุฬาภรณ์, ๒๕๖๓)

การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Prevention of infectious in hospital) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ คือ การป้องกันไม่ให้เชื้อโรคติดต่อไปยังบุคลากรหรือติดต่อไปยังผู้ป่วยรายอื่นโดยมีมาตรการต่างๆ เช่นการล้างมือ การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ การใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมการแยกผู้ป่วย การระวังมิให้เชื้อแพร่กระจาย การใช้เครื่องป้องกันร่างกาย เครื่องป้องกันร่างกาย หมายถึง อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลสำหรับป้องกันการสัมผัสโดยตรงระหว่างผิวหนังหรืออวัยวะต่างๆ ของบุคลากรกับเลือดสารน้ำ สารคัดหลั่ง เนื้อเยื่อของผู้ป่วย สิ่งปนเปื้อน หรือสารพิษ ที่อาจก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ เครื่องป้องกันร่างกายที่ใช้ในโรงพยาบาลประกอบด้วย ถุงมือ (Gloves) แว่นป้องกันตา (Goggles) เสื้อคลุม (Gown) หน้ากาก (Face shield) ผ้ากันเปื้อน (Apron) รองเท้าบู๊ท (Footwears) ผ้าปิดปากปิดจมูก (Mask) หมวก (Cap) การใช้เสื้อคลุม (Gown) เสื้อคลุม ใช้เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคบนเสื้อผ้าของบุคลากร ซึ่งอาจทำให้บุคลากรติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น หรือผู้ป่วยรายอื่นได้ (หน่วยควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลศรีนครินทร์, ๒๕๕๙)

ปัญหาที่พบการใช้ผ้ากันเปื้อนในปัจจุบันเป็นแบบพลาติกบางเบา ยาวคลุมเข่าแต่ไม่ทั้งตัว เวลาทำหัตถการผ้ากันเปื้อนจะเลื่อนไปทางด้านข้าง ทำให้ไม่สามารถป้องกันการสัมผัสสารคัดหลั่งได้ทั้งหมด และยังพบอุบัติการณ์เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อนจากการถูกรถกระบะชนท้ายรถ Ambulance ขณะออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะบนท้องถนน เวลากลางคืนแสงว่างไม่เพียงพอ และแถบสะท้อนแสงที่ชุดปฏิบัติงานจะมีแถบด้านหลัง ไม่มีด้านหน้า อีกทั้งยังพบการเสียเวลาในการต้องกลับมาเปิดกระเป๋า EMS นำอุปกรณ์ Airway ออกมา และกลับมาเอาถุงมือ ในกรณีที่ถุงมือฉีกขาด (มีกระเป๋า EMERGENCY ไปด้วยอยู่แล้ว แต่กล่องถุงมืออยู่แยกต่างหาก) ซึ่งบางครั้งจุดจอดรถกับที่เกิดเหตุอยู่ห่างกัน

จากแนวคิดเรื่องบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและปัญหาที่พบผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดจัดทำ นวัตกรรม Emergency gown ขึ้นซึ่งเป็นผ้ากันเปื้อนที่มีแถบสะท้อนแสงและช่องใส่อุปกรณ์ซึ่งภายในจะมีถุงมือไว้คอยเปลี่ยน กรณีที่คู่ที่ใส่อยู่ขาดหรือเปื้อนสารคัดหลั่งมาก มี AIR WAY เพื่อไว้เปิดทางเดินหายใจ และ Elastic bandage ไว้เพื่อห้ามเลือด สามารถป้องกันการติดเชื้อจากการกระเด็นของสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อน ลดขยะ และรักษาสิ่งแวดล้อม

๓.๒ ข้อเสนอแนะ

๑. ความยาวของชุดอาจไม่คลุมขากางเกงทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถป้องกันกรณีที่สารคัดหลั่งกระเด็นต่ำกว่าเข่า ยังพบสารคัดหลั่งกระเด็นติดกางเกงเจ้าหน้าที่อาจต้องปรับปรุงอุปกรณ์ให้มีความยาวมากขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ผ้ากันเปื้อนมีช่องสำหรับใส่อุปกรณ์ที่ออก EMS

ระยะเวลาดำเนินการ

มีนาคม ๒๕๖๘ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

กลุ่มเป้าหมาย

๑. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ประชุมและชี้แจงในหน่วยงาน

๒. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น งานควบคุมการติดเชื้อ

๓. สร้างโครงร่างของนวัตกรรม จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้

วิธีดำเนินการ

วัสดุ อุปกรณ์

๑. พลาสติกสีใส ขนาด ๗๕x๔๕ ซม. (เพื่อให้เห็นชุดปฏิบัติงานที่ชัดเจน)

๔. นำแถบสะท้อนแสง (จากชุดเก่าที่ไม่ใส่แล้ว) ขนาดกว้าง ๑ นิ้ว

๕. ติดแถบสะท้อนแสงด้านหน้า

๔. ทดลองใช้งานกับผู้มารับบริการ

๕. นำ มาใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

๖. ประเมินผลการใช้งานจริงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

๗. ติดตามและประเมินผลการใช้งาน

๔. ผลคาดว่าที่จะได้รับ

๔.๑ หน่วยงานมีอุปกรณ์ Emergency gown ไว้ใช้

๔.๒ ลดปัญหาเจ้าหน้าที่จากการสัมผัสคัดหลั่งของผู้ป่วย

๔.๓ ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการเกือบเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีอุปกรณ์ Emergency gown ๑ แบบ

๕.๒ ผู้ใช้งานจริงมีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....ภานุวัฒน์ สุขสกล.....

(นายภานุวัฒน์ สุขสกล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๐ / มีนาคม / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน