

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสอยดาว 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.	นางสาวชุติมา เจริญการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลสอยดาว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาววารินทร์ จุนเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลสอยดาว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสอยดาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวชุติมา เจริญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลสอยดาว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๔๖๑๓๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนสอยดาว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๔๖๑๓๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหาร					๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน**

1. **เรื่อง** การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหาร
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** วันที่รับไว้ในความดูแล 10 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 01.00 น.
   วันที่จำหน่ายจากการดูแล 15 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12.00 น.
   รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 5 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมายของโรค

เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (upper gastrointestinal bleeding) หมายถึง เลือดออกในทางเดิน อาหารตั้งแต่หลอดอาหารจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) เหนือต่อ ligament of Treitz โดยแบ่งประเภท ของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนตามสาเหตุ ได้แก่

1. เลือดออกจากหลอดเลือดขอดในทางเดินอาหารส่วนบน (variceal upper gastrointestinal bleeding, variceal UGIB) ซึ่งเกิดจากการแตกของหลอดเลือดขอดที่หลอดอาหาร (esophageal varice, EV) หรือที่กระเพาะอาหาร (gastric varice, GV) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันพอร์ทัล สูง (portal hypertension)

2. เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนจากสาเหตุที่ไม่ใช่หลอดเลือดขอด (non-variceal upper gastrointestinal bleeding, non-variceal UGIB) (สิทธิโชค ประจวบธัญชาติและวรนุช จงศรีสวัสดิ์ , 2564)

พยาธิสรีรวิทยา

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (Upper Gastrointestinal Bleeding : UGIB) เกิดจากทางเดินอาหารอักเสบหรือเป็นแผล ตามปกติทางเดินอาหารจะมี mucosal barrier เพื่อป้องกันการย่อยตัวเอง (acid auto digestion) เมื่อมีการหลั่งกรด โดยมี prostaglandin เป็นตัว ช่วยป้องกัน แต่ถ้ากลไกการป้องกันล้มเหลวหรือขาดความสมดุล จะทำให้ทางเดินอาหารอักเสบ มีการทำลายของ mucosa ทำให้เกิดอันตรายต่อเส้นเลือดเล็กๆ (small vessels) ทำให้เกิดการบวม เลือดออก และรอยถลอก เลือดที่ออกมาจะทำปฏิกิริยากับน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร จึงทำให้เลือด เป็นสีดำผู้ป่วยมักมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสดหรือเลือดเก่าและถ่ายดำ โดยภาวะเลือดออกใน เดินอาหารส่วนบนยังส่งผลต่อปอด อาจเกิดการสำลัก gastric content มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ จากเลือด มีอาการตั้งแต่ปอด อักเสบ จนถึงเนื้อปอดแฟบส่งผลต่อหัวใจ การเสียเลือดชักนำไปสู่การ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีผลต่อสมอง โดยภาวะช็อกนาน ทำให้สมองขาดออกซิเจน (สมิทธ์ เกิดสินธุ์, พิมล เลาหะวีร์, มิณชิตา มิณชิตา จุฑาธิปไตย และวราภรณ์ แดงธิปไตย, 2563

สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นภาวะที่เกิดจากการมีเลือดออกตั้งแต่หลอด อาหารไปจนถึงส่วนที่เหนือลำไส้เล็กส่วนต้นบริเวณลิกาเม็นท์ ออฟ ไทรซ์ (Ligament of trietz) มี สาเหตุ 2 ประเภท (นภชนก รักษาเคน, 2562) ได้แก่

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

1.สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Non-variceal hemorrhage) ส่วนใหญ่เกิดจากโรคแผลเปปติค กระเพาะอาหารอักเสบ การฉีกขาดของ เยื่อบุหลอดอาหาร หดเกร็งมีก้อนเนื้อที่ทำให้เกิดการ อักเสบ ผู้ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือ ยาสเตียรอยด์ และแผลที่เกิดจากความเครียด ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ชอบรับประทานอาหารหมักดอง อาหารรสจัด เมื่อมีปัญหาสุขภาพ จะไปซื้อยามารับประทานเอง ไม่ออกกำลังกาย และพบก่อนการเจ็บป่วยมักดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ทุกวัน และรับประทานยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอล มีความเครียดและ ความวิตกกังวลสูง การใช้ยาสเตียรอยด์การให้ยาละลายลิ่มเลือด

2.สาเหตุจากหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Variceal hemorrhage) การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร เป็นภาวะแทรกซ้อน ของการมีความดันของหลอดเลือดพอร์ทอล์สูง (portal hypertension) ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยโรค ตับแข็งถึงร้อยละ 50-60 โรคตับแข็งมีสาเหตุจากการดื่มสุราร่วมกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การได้รับสารพิษและยาบางชนิด การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในทางเดินอาหารหรือกระเพาะ อาหารนี้เกิดจากการกลืนอาหาร การไอ จากการคลื่นไส้และอาเจียน การกลืนอาหารชิ้นใหญ่และการ รับประทานอาหารรสจัดทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

1. ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้มีเลือดออก เช่น มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งหลอดอาหาร หลอดเลือดดำโป่งพอง เป็นต้น

2. ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ส่งผลต่อการมีเลือดออกทางเดินอาหาร ได้แก่

2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารหมักดอง รับประทานอาหารรสจัด เป็นต้น ที่ส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร

2.2 พฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานยาที่มีผลต่อการมีเลือดออกง่ายจำพวกยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยากลุ่มสเตียรอยด์ เป็นต้น

2.3 พฤติกรรมการใช้สารให้โทษ เช่น ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม ชา กาแฟ เป็นต้น

2.4 พฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการหลั่งกรดมากเกินไป เป็นต้น

อาการ และอาการแสดง

การเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเฉียบพลัน จะมีอาเจียนเป็นเลือด สีของอาเจียนจะเป็นสีแดงหรือเป็นเลือดสด หากเกิดอาการอาเจียนหลังจากที่มีเลือดออกทันที หรือหากมีเลือดออกแล้วผ่านเข้าไปในระบบทางเดินอาหารจะมีอาการถ่ายดำออกทางทวารหนัก มีลักษณะเหนียว มันและมีกลิ่นเฉพาะตัวเนื่องจากสารฮีมาตีน ที่เกิดจากการทำปฏิกิริยาระหว่างฮีมและกรดไฮโรริค บางรายอาจมีอาการของการมีเลือดออกอยู่ในกระเพาะอาหารเป็นเวลานานทำให้เกิดการย่อยโดยน้ำย่อยในกระเพาะเป็นสีน้ำตาลและดำ เกิดอาการอาเจียนที่มีลักษณะคล้ายผงกาแฟป่นที่เรียกว่า coffee grounds

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

2. ระยะอาการสงบหากมีเลือดออกทีละน้อยในทางเดินอาหารส่วนต้นอาจไม่มีอาการแสดงให้เห็นแต่หากเกิดเรื้อรังจะทำให้มีภาวะโลหิตจาง และอาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น แน่นท้อง ปวดท้อง เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียจากการ สูญเสียเลือด ภาวะซีด เสียสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ ถ้าเป็นรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะช็อก จากการเสียเลือดและเสียชีวิตได้

การตรวจและวินิจฉัย

จากการซักประวัติถึงโรคหรืออาการต่างๆ เช่นเคยเป็น peptic ulcer, gastritis ซึ่งเนื้อยื่นหรือเป็นแผล บริเวณทวารหนัก ประวัติการใช้ยาแก้ปวด ในการตรวจร่างกายอาจพบ หน้าท้องแข็งตึง ตรวจทางทวารหนักพบ ริดสีดวงทวาร มีแผลบริเวณ anus การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือ Hemoglobin, Hematocrit Occult blood จะพบมีเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ ซึ่งอาจอยู่ในอุจจาระหลัง เลือดออกนานได้ถึง 10 วัน การตรวจวินิจฉัย เพื่อหาตำแหน่งของจุดเลือดออกอาจทำ gastroscopy, proctoscopy, sigmoidoscopy หรือการทำ Barium enema

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกาย จุดประสงค์เบื้องต้นของการตรวจร่างกายในผู้ป่วย UGIB คือการประเมินความรุนแรง ของการสูญเสียเลือดและภาวะขาดสารน้ำในร่างกาย โดยอาศัย vital sign และ consciousness จากนั้นจึงทำการตรวจร่างกายเพื่อหาข้อมูลช่วยวินิจฉัยสาเหตุของ UGIB ได้แก่

- ตรวจบริเวณ nasal cavity และ oropharynx ให้แน่ใจว่าไม่มีจุดเลือดออกจากบริเวณดังกล่าว
- ตรวจหา sign of chronic liver stigmata ซึ่งบ่งชี้ว่ามีภาวะ portal hypertension เช่น jaundice, spider nevi, ascitis, caput medusae, palmar erythema เป็นต้น
- ตรวจช่องท้องว่ามีตับม้ามโต ก้อนในท้อง หรือกดเจ็บหรือไม่
- rectal examination ดูลักษณะของอุจจาระว่าเป็น melena หรือ fresh blood และตรวจหา rectal shel

การรักษา

การรักษาผู้ที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น แบ่งการรักษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การรักษาระยะเฉียบพลัน และการรักษาระยะอาการคงที่ (นภชนก รักษาเคน, 2562)

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน เพื่อช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะช็อก ซึ่งเป็นอันตรายที่ทำให้เสียชีวิตได้ โดยผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำและผลิตภัณฑ์ของเลือด เพื่อทดแทนเลือดที่สูญเสียไปและป้องกันหรือแก้ไขภาวะช็อก การใส่สายยางทางจมูก และการล้างกระเพาะอาหาร เพื่อยืนยันว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นจริง จากนั้นจะพิจารณารักษาตามสาเหตุของการเกิดเลือดออกใน ทางเดินอาหารส่วนต้น ดังนี้

1.1 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ หลอดเลือดโปงพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร จะได้รับการรักษาด้วยวิธีต่อไปนี้ เช่น

1.1.1 วิธีการรักษาโดยผ่านกล้องส่อง (endoscopic therapy) ปัจจุบันแนะนำให้ส่องกล้องผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากหรือมีเลือดออกซ้ำหลายครั้งโดยเร็วเพื่อห้ามเลือด ป้องกันการเกิด เลือดออกซ้ำและอาจช่วยลดอัตราตาย อย่างไรก็ตามการส่องกล้องโดยเร็วไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากๆ เช่น หัวใจวาย หรือสงสัยว่ากระเพาะอาหารทะลุ การรักษาด้วยการส่องกล้องจะทำไปพร้อมกับการตรวจวินิจฉัยด้วยการฉีด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ยาepinephrine โดยใช้Adrenaline ผสมเป็น 1:10,000 ฉีดรอบๆ จุดเลือดออกจะทำให้อัตราการไหลของเลือดลดลงจากการหดหลอดเลือด การจี้ด้วยความร้อน และการรักษาด้วยวิธีการรัดเส้นเลือดดำโป่งพองด้วยยาง (Endoscopic variceal ligation; EVL) หรือการฉีดด้วยกาว (Glue injection) เทคนิคและวิธีการขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแพทย์ ทำการส่องกล้องโดยถ้าเป็นเส้นเลือดดำโปงพองที่กระเพาะอาหาร จะใช้กาวฉีดไปตำแหน่งที่เส้นเลือดดำโป่งพอง

1.1.2 การรักษาโดยการฉีดสารผ่านทางหลอดเลือด การรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกมากกว่า 1,500 มล. (massive upper GI bleeding) มีการไหลเวียนเลือดไม่ดี แม้จะได้รับการให้เลือดทดแทนแล้ว หรือเลือดออกที่มีภาวะช็อกร่วมด้วย มีภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 10 วัน มีเลือดออกทางเดินอาหารอย่างต่อเนื่อง

1.1.3 การรักษาด้วยยาลดการหลั่งช่วยลดความเป็นกรดในกระเพาะอาหาร โดยยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ H+/K+ ATPase (proton pump) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำงานในขั้นตอนสุดท้ายของการผลิตกรดในกระเพาะอาหาร แย่งจับกับ histamine receptor บน parietal cells ซึ่งเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่สร้างกรด HCl ยากลุ่ม H2 blocker เช่น cimetidine ranitidine และ famotidine สามารถยับยั้งการหลั่งกรดได้โดยปริมาณกรดและเอนไซม์ เพปซินในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

1.1.4 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุจาก หลอดเลือดโปงพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร เช่น การรักษาโดยการใส่บอลลูนกด (ballon tamponade) วิธีการรักษาโดยผ่านกล้องส่อง การเปิดเส้นเลือดลัดภายในตับ

2. การรักษาระยะอาการคงที่ การรักษาในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการหาย ของแผลในทางเดินอาหารส่วนต้นและการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมีอาการคงที่แล้วแพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยการให้ยาโดยพิจารณาตามสาเหตุของเลือดออกใน ทางเดินอาหารส่วนตัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ หลอดเลือดโปงพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารมีการรักษาด้วยยาลดการหลั่งกรด ยาในกลุ่ม ที่ทำหน้าที่ปกป้องกระเพาะอาหารและกลุ่มยาปฏิชีวนะ

2.2 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุจากหลอด เลือดโปงพองในกระเพาะอาหารหรือหลอดอาหารจะให้การรักษาโดยการใช้ยาในกลุ่มที่มีคุณสมบัติลดปริมาณการหลั่งกรดร่วมกับยากลุ่มที่มีคุณสมบัติลดการไหลเวียนเลือดในช่องท้อง ได้แก่ ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า และยาในกลุ่มที่มีคุณสมบัติลดปริมาณการหลั่งกรด

ในกรณีศึกษานี้ขอลงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง เนื่องจากวิธีการ รักษาที่สอดคล้องกับกรณีศึกษา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

กล้องส่องทางเดินอาหารถือเป็นอุปกรณ์หลักในการวินิจฉัยและ รักษาโรคของทางเดินอาหารส่วนต้น ตั้งแต่หลอดอาหารถึงลำไส้ส่วน duodenum ลักษณะโดยทั่วไปจะเป็น endview scope กล่าวคือ ภาพที่เห็นจะมาจากปลายสุดของกล้อง โดยที่ตัวกล้องจะมีช่องสำหรับดูดน้ำ ช่องใส่ อุปกรณ์ในการรักษาและตัดชิ้นเนื้อ

ประโยชน์ของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

1. เพื่อการวินิจฉัยโรค ช่วยตรวจหาความผิดปกติบริเวณหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้นได้ เช่น การติดเชื้อ แผล เนื้องอก หรือมะเร็ง
2. เพื่อการรักษา (โดยการใส่เครื่องมืออุปกรณ์หรือยาผ่านทางกล้องส่องตรวจ) เช่น คีบ สิ่งแปลกปลอม การถ่างขยายบริเวณที่มีการตีบตัน ทำการห้ามเลือดด้วยวิธีต่างๆ เช่น การห้ามเลือด โดยการฉีดยา ใช้กระแสไฟฟ้าจี้ห้ามเลือด การใช้อุปกรณ์หนีบห้ามเลือด
3. สามารถตรวจหา เชื้อ H.pylori ต้นเหตุของแผลในกระเพาะอาหารได้ กระเพาะ อาหารอักเสบ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร
4. หากพบติ่งเนื้อ หรือชิ้นเนื้อ สามารถตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจได้ทันที

ข้อบ่งชี้การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ดังนี้ (เอกวีร์ ศรีปริวุฒ, 2564)

1. กลืนอาหารลำบากหรือกลืนอาหารเจ็บ
2. อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด หรืออุจจาระดำ
3. จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่เรื้อรังรักษาแล้วไม่ดีขึ้น หรือสงสัยมะเร็งกระเพาะอาหาร
4. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หรือผู้ที่มีประวัติอื่นๆที่ควรได้รับการตรวจคือ
5. กลืนสารกัดกร่อนทางเดินอาหาร
6. โรคตับแข็งที่สงสัยเส้นเลือดโป่งพองในทางเดินอาหาร
7. หลอดอาหารหรือกระเพาะตีบที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดอาหาร
8. กลืนสิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหาร
9. จำเป็นต้องใส่สายป้อนอาหารทางกระเพาะอาหาร(gastrostomy) หรือข้อบ่งชี้อื่นๆตามที่แพทย์พิจารณา

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ จุดประสงค์เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้าง ความร่วมมือจากผู้ป่วยในการตรวจรักษาพยาบาล ก่อนการให้ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลต้อง ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจรักษาของผู้ป่วยก่อน พยาบาลจะต้องให้คำอธิบายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และความวิตกกังวล เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ จากความเข้าใจผิดของผู้ป่วย ในฐานะพยาบาลต้องสามารถให้การ ช่วยเหลือได้โดย

1.1 การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการให้กำลังใจ โดยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ จุดประสงค์ ของการ ตรวจรักษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอย่างคร่าวๆ ขั้นตอนการส่องกล้อง อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ในขณะและหลังการส่องกล้อง การสอบถามหรือให้ ข้อมูลทุกครั้งต้องบอกถึง เหตุผลและความจำเป็น พยาบาลจำเป็นต้องดูความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย เพราะข้อมูลถ้าให้มาก เกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงขึ้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

1.2 ตรวจสอบสิทธิในการรักษาพยาบาล รวมทั้งประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาล

2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

2.1 งดน้ำงดอาหารทุกชนิด อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนตรวจ ยกเว้น ยารักษาความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยรับประทานยากับน้ำปริมาณน้อยๆ โดยพยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการทำให้ กระเพาะอาหารว่าง เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ ที่อาจเกิดขึ้นจากการอาเจียนและสำลักเศษอาหารเข้าไปขณะทำหัตถการ

2.2 รักษาความสะอาดของปากและฟัน คืนวันก่อนตรวจและเช้าวันตรวจ แนะนำให้ ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟันเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของช่องปาก และทางเดินหายใจ ส่วนต้น ถ้ามีฟันโยกคลอนให้ผู้ป่วยบอก รวมทั้งในกรณีผู้ป่วยสวมฟันปลอมจะเป็นชนิดทั้งชุดหรือ ชนิดไม่ติดแน่นบางส่วนให้ถอดในวันส่องกล้อง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการเลื่อนหลุด และการอุดตันทางเดินหายใจ

2.3 งดทานยาบางชนิดตามที่แพทย์แจ้งก่อนเข้ารับการตรวจ 7-10 วัน เช่น ยาต้าน การแข็งตัวของเลือดอย่างแอสไพริน เพื่อลดความเสี่ยงการมีเลือดออกในกระเพาะระหว่างส่องกล้อง ทั้งนี้ต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์

2.4 การถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะออก เพราะในการตรวจอาจต้องมีการใช้ เครื่องจี้ไฟฟ้า โลหะจะเป็นตัวนำไฟฟ้า ซึ่งจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้

2.5 ถ้ามีการแพ้ยาหรือความผิดปกติจากการให้ยาให้แจ้งแพทย์และพยาบาล

3. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ประเมินระดับความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น รู้สึกตัวดี ประเมินความผิดปกติของระบบต่างๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น ตรวจสอบประวัติ โรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตรวจสอบประวัติการรับประทานยาละลาย ลิ่มเลือด เช่น แอสไพริน คูมาดิน ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา อาหารทะเล หรือสารทึบแสง ตรวจสอบ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเช่น การผ่าตัด การส่องกล้อง การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Coagulogram ผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไปต้องมีผลการตรวจ Chest X –ray ผลการตรวจคลื่นหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

1. การพยาบาลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกในทางเดินอาหารผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

ส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ส่งผลให้เกิดแผลในทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัด ไม่ตรงเวลา การรับประทานยากลุ่มสเตียรอยด์ ดื่มสุรา และภาวะเครียด เป็นต้น ดังนั้นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นคือผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าว การดูแลเพื่อส่งเสริมความรู้ ความมุ่งมั่นตั้งใจ และส่งเสริมความแข็งแกร่งของร่างกายที่ป้องกันภาวะเลือดออกทางเดินอาหารในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

1. การประเมินความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประกอบกับการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เสี่ยงต่อการมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ภาวะเครียด เป็นต้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น โดยการเน้นสาเหตุการเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจากปัญหาพยาธิสภาพของทางเดินอาหาร และจากพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการมีเลือดออก

3. ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกันการมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รสจัด เป็นต้น เมื่อมีอาการปวดด้วยสาเหตุต่างๆ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยากลุ่มสเตียรอยด์ เมื่อมีภาวะเครียดควรมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ส่งเสริมกิจกรรมลดความเครียด เช่น การออกกำลังกาย ฟังเพลง พูดคุยระบาย เป็นต้น งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดบีที่ส่งผลให้เกิดภาวะตับแข็ง โดยการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบาดแผล เลือด สารคัดหลั่งของผู้ที่ติดเชื้อ เป็นต้น

2. การพยาบาลขณะมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและการป้องกันภาวะช็อค

การดูแลเพื่อส่งเสริมความรู้ ความมุ่งมั่นตั้งใจ และส่งเสริมความแข็งแกร่งของร่างกายในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ปริมาณน้ำเข้าและออก รวมทั้งค่าของ hemoglobin และ hematocrit การประเมิน hematocrit ในระยะแรก อาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงควรติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. เตรียมการให้เลือดโดยเร็ว ตามแผนการรักษา

3. การดูแลช่วยเหลือในการห้ามเลือด ซึ่งขึ้นกับตำแหน่ง เช่น มีเลือดออกบริเวณหลอดอาหารต้องดูแลเกี่ยวกับการใส่ Blakemore tube ไปกดบริเวณที่มีเลือดออกซึ่งพยาบาลต้องคอยดูแลไม่ควรใส่นานเกิน 24 ชม.เพราะอาจมีแผลกดทับที่บริเวณที่ลูกโป่งกดได้ เลือดออกบริเวณกระเพาะอาหาร ช่วยเหลือโดยการใส่ สาย NG tube เพื่อทำการดูดล้างกระเพาะอาการในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่สนับสนุนแน่ชัดว่าการดูดล้าง กระเพาะอาหารด้วยสารละลายต่างๆ จะช่วยในการห้ามเลือดหรือช่วยป้องกันการมีเลือดออกซ้ำ ประโยชน์ของการดูดล้างกระเพาะ อาหารที่ชัดเจน คือ เป็นการช่วยบอกปริมาณและอัตราเลือดที่ออก โดยดูจากปริมาณ และสีของน้ำที่ดูดล้าง

4. การดูแลช่วยเหลือในการตรวจวินิจฉัย อาจเป็นการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (gastro scope) การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง (colonoscope) ต้องเตรียมผู้ป่วยให้ถูกต้อง พร้อมทั้งประเมินลักษณะ สี ปริมาณของอาเจียน และถ่ายเป็นเลือดด้วย

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันเลือดออกและเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารส่วนต้น

จากการวิเคราะห์ความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นนั้น ประกอบด้วย การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การขับถ่ายของเสีย การนอนและการพักผ่อน การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายและการทำให้บาดเจ็บ และการเรียนรู้ ค้นพบหรือพึงพอใจกับความอยากรู้ที่นำไปสู่การมีพัฒนาการและสุขภาพที่ปกติ และมีการใช้แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลจะประสบความสำเร็จเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพจะต้องเป็นผู้ที่มีความแข็งแรง มีความมุ่งมั่นตั้งใจและมีความรู้ ดังนี้

1. การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การให้ความรู้ที่ครอบคลุมปัญหาและความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นโดยคำนึงถึงบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีเลือดออกทางเดินอาหาร เช่น พยาธิสภาพสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ทั้ง ปัญหาจากพยาธิสภาพของทางเดิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

อาหาร และจากพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดแผลที่ส่งผลต่อการมีเลือดออก รวมถึงความรุนแรงของโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการรักษา เป็นต้น

2. การให้การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งของร่างกาย ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกันการมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รสจัด เป็นต้น เมื่อมีอาการปวดด้วยสาเหตุต่างๆ หลีกเลี่ยงการรับประทานยากลุ่มสเตียรอยด์ เมื่อมีภาวะเครียดส่งเสริมกิจกรรมลดความเครียด เช่น การออกกำลังกาย ฟังเพลง พูดคุยระบาย เป็นต้น งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดบีที่ส่งผลให้เกิดภาวะตับแข็ง โดยการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบาดแผล เลือด สารคัดหลั่งของผู้ที่ติดเชื้อ เป็นต้น

3. การให้การพยาบาลเพื่อสร้างความมุ่งมั่นตั้งใจ ส่งเสริมความมุ่งมั่นตั้งใจในการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ยังไม่สอดคล้องความต้องการพื้นฐานความเสี่ยง เช่น ส่งเสริมให้แสวงหาความรู้ ให้คำแนะนำในการประเมินตนเอง และสังเกตอาการเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น อาการปวดจุกแน่นท้องจากแผลในกระเพาะอาหาร สังเกตภาวะซีดจากสีของเปลือกตา อ่อนเพลียง่าย อุจจาระสีดำ เป็นต้น และตระหนักถึงความรุนแรงของการดำเนินการของโรค เนื่องจากเมื่อมีเลือดออกอาจทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะซีด ช็อกจากการเสียเลือด และเสียชีวิต เป็นต้น อาจส่งเสริมความมุ่งมั่นตั้งใจจากการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชาย อายุ 63 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด ประกอบอาชีพรับจ้าง

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 9 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 14.50 น.
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 15 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 12.00 น.
วันที่รับไว้ในความดูแล 10 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 01.00 น.
วันที่จำหน่ายจากการดูแล 15 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 12.00 น.
รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 5วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไข้ ถ่ายเหลว 3วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2 สัปดาห์ก่อนมา ทานได้น้อยอ่อนเพลีย รู้สึกมีไข้ ต่ำๆไม่ได้วัด ถ่ายเหลวเป็นสีดำเหนียวเหม็น ไม่มีเลือดสด
3 วัน ก่อนมา มีไข้ ถ่ายเหลวเป็นมูก วันละ 5-6 ครั้ง ปวดท้องบางครั้ง ทานอาหารไม่ได้ มีอาการคลื่นไส้ อ่อนเพลีย ยังไม่ได้รักษาที่ใดจึงมารพ.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประวัติการผ่าตัด เคยมีประวัติการผ่าตัดสะโพก ไม่ทราบระยะเวลา

ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ดื่มสุราวันละ 2 เป๊ก หยุดสูบบุหรี่ เมื่ออายุ 33 ปี และปฏิเสธการใช้สารเสพติดทุกชนิด

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ชายไทย ผิวขาวเหลือง รูปร่างปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง
อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที
ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : ไม่ซีด ไม่มีอาการเขียว ไม่มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง ไม่มีจ้ำเลือด

ศีรษะ : รูปร่างปกติ มีความสมมาตร กะโหลกศีรษะเรียบ ไม่มีก้อนผิดปกติใด ๆ

ตา : สมมาตรกัน มองเห็นปกติ เปลือกตาซีดเล็กน้อย รูม่านตามีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง ทั้งสองข้างเท่ากันขนาด 3 มิลลิเมตร

หู : ใบหูปกติ การได้ยินปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากหู ไม่มีการอักเสบ

จมูก : ได้รูป มีความสมมาตร คัดจมูกเล็กน้อย ไม่มีบวม แดง หายใจสม่ำเสมอ

ใบหน้า : สมมาตรกัน ไม่ผิดรูป ไม่มีก้อนผิดปกติ ไม่มีหนวดเครา

ปากและช่องปาก : ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย อ้าปากได้ปกติ การเรียงตัวของฟันปกติ ไม่มีฟันยื่น ไม่มีฟันโยก ไม่ได้ใส่ฟันปลอม เหงือกปกติ ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ช่องเพดานปากปกติ

ลำคอ : ลักษณะปกติ ไม่มีก้อนนูนผิดปกติ การเคลื่อนไหวได้รอบ ก้มคางชิดอกได้

ต่อมน้ำเหลือง : ไม่โต คลำไม่พบก้อน

ทรวงอกและปอด : รูปร่างปกติ มีความสมมาตร เสียงปอดดังเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเสียงผิดปกติ

ช่องท้อง : ไม่มีรอยแผลผ่าตัด คลำท้องนุ่ม ไม่เป็นก้อนแข็งเกร็ง คลำตับและม้ามไม่โต

กล้ามเนื้อและข้อ : แขน ขา 2 ข้าง ปกติ ไม่ผิดรูป เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีข้อบวมอักเสบ

ทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน

การขับถ่าย : ปกติถ่ายอุจจาระทุกวัน วันละ 1 ครั้ง PR: melena

ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2567	แปลผล
Complete blood count (CBC) - White blood cell : 6,820 cells/mm3 (ค่าปกติ 4,600 - 10,000) - Neutrophils: 66.7% (ค่าปกติ 50% – 70%) - Hematocrit: 34.2% (ค่าปกติ 37% - 54%)	พบค่า Hematocrit และ Hemoglobin ต่ำ อาจเกิดจากมีเลือดออกทางเดินอาหาร มีความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง (anemia)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- Hemoglobin 11.5(ค่าปกติ 11-16 g/dL) Electrolyte : Sodium 129 mmol/L Potassium 4.3 mmol/L Chloride 97 mmol/L Carbon dioxide 26 mmo/	
วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2567 Complete blood count (CBC) - White blood cell : 8,010 cells/mm3 - Neutrophils: 65 % - Hematocrit: 31.0 % -Hemoglobin 10.2	แปลผล พบค่า Hematocrit และ Hemoglobin ต่ำ อาจเกิดจากมีเลือดออกทางเดินอาหาร มีความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง (anemia)

การประเมินสภาพแรกรับ อาการและอาการแสดง สัญญาณชีพ

แรกรับหอผู้ป่วยใน วันที่ 9 สิงหาคา 2567 เวลา 15.00 น. มาโดยรถนอน ผู้ป่วยชายรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่สับสน ทำตามสั่งได้ มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย ยังลุกเดินเองไม่ค่อยไหว มีคลื่นไส้ไม่อาเจียน หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ มีอาการกดเจ็บทั่วๆท้อง คะแนนความเจ็บปวด 2 คะแนน ตรวจ Abdominal sign พบ soft generalize tender no rebound , liver not palpable, no signs cirrhosis PR พบ melena แรกรับอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/80 มิลลิลิตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดร้อยละ 98

การวินิจฉัยของแพทย์

UGIB (Upper Gastrointestinal Bleeding)

การผ่าตัด/หัตถการ

EGD (esophagogastroduodenoscopy)

สรุปอาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยชาย 63 ปี มาด้วยอาการทานได้น้อย มีอาการคลื่นไส้ อ่อนเพลีย มีไข้ ถ่ายเหลวเป็นสีดำเหนียวเหม็น ไม่มีเลือดสด ปวดท้อง คะแนนความปวด 2 คะแนน แรกรับความดันโลหิต 110/80 มิลลิลิตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่สับสน ทำตามสั่งได้ มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย ตรวจ Abdominal sign พบ soft generalize tender no rebound , liver not palpable, no signs cirrhosis PR พบ melena แพทย์จึงพิจารณาให้ Admit เพื่อสังเกตอาการและรักษาต่อ

ขณะ Admit ได้ตรวจความเข้มข้นเลือดแรกรับได้ 36% ผู้ป่วยได้ On NG เพื่อ Lavage ด้วย NSS 300 ml. ไม่พบ Coffee ground ได้น้ำใสๆ จึงนำ NG ออกตามคำสั่งแพทย์ ผู้ป่วยยังมีเวียนศีรษะเล็กน้อย คลื่นไส้ไม่อาเจียน กดเจ็บ ทั่วๆท้องอยู่ จึง NPO ไว้ และได้รับ IVF Ringer-Acetate solution และหลัง NPO 3 วัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

เปลี่ยน IVF เป็น 5%DN/2 Solution ตามแผนการรักษาและยาฉีดเพื่อลดกรดกระเพาะอาหารไว้ ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 89/64 mm.Hg.-105/67 mm.Hg. มีต่ำเป็นบางช่วง ผู้ป่วยปฏิเสธอาการเวียนศีรษะเพิ่มขึ้น ไม่มีหน้ามืด ไม่มีถ่ายดำ

จากวันที่ 9-14 สิงหาคม 2567 แพทย์ให้ติดตามความเข้มข้นเลือด ทุก 6 ชั่วโมง Keep>25% จะอยู่ในช่วง 28-36% และขับถ่าย 2 ครั้ง เป็นน้ำสีดำเขียวมีตะกอนดำๆ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 100 ml. ในวันแรกผู้ป่วยมีความเข้มข้นเลือดลดลง 4% (จาก36% เหลือ 32%) จึงให้ G/M PRC 1 U ตามแผนการรักษา หลังได้รับเลือดไม่มีอาการผิดปกติ

วันที่ 14 สิงหาคม 2567 ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นโดยวิธี Local Anesthesia หลังส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่ามีแผลที่กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ไม่มีจุดเลือดออกแล้ว หลังส่องกล้องผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีเจ็บคอเล็กน้อย หายใจสำเสมอ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีกลืนลำบาก ทานข้าวได้ปกติ ไม่มีท้องอืดหรือปวดท้อง ผายลมได้ และแพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้วันที่ 15 สิงหาคม 2567 จึงประเมินสัญญาณชีพก่อนกลับบ้าน อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 140/90 มิลลิลิตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดร้อยละ 98 และนัดติดตามอาการผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์

<u>ปัญหาทางการพยาบาล</u>

ข้อที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากมีเลือดออกในทางเดินอาหาร

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร

ข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำ

ข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจเป็นกรณีศึกษาขณะขึ้นปฏิบัติงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสอยดาว

4.2.2 ศึกษาค้นคว้าจากตำราหลายๆเล่ม

4.2.3 นำมาเขียนเป็นกรณีศึกษาโดยมีการตรวจร่างกายที่สำคัญ รวมทั้งการให้การช่วยเหลือดูแลรักษา

1) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัตการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

2) วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย

3) วางแผนการพยาบาลตามปัญหา

4) ปฏิบัติการตามแผนการดูแลที่วางไว้

5) ประเมินผลการพยาบาล

6) เรียบเรียงผลงาน และเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1.เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มาพัฒนาแนวทางป้องกันและจัดการกับการพยาบาลผู้ป่วย UGIB ได้

4.3.2.เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดขึ้นผู้ป่วย

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร จำนวน 1 ราย
ตั้งแต่วันที่ 9 สิงหาคม 2567 เวลา 14.50 น. ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2567 เวลา 12.00 น.
รวมรับไว้ในความดูแล 5 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการทางพยาบาล โดยเน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นวิกฤติจากภาวะช็อกจากเลือดออกในทางเดินอาหาร จนผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหาร และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในกรณีศึกษาผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะซีดและต่อมามีปัญหาในเรื่องความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพไม่คงที่ ซึ่งมีแนวโน้มส่งผลให้อาการของผู้ป่วยทรุดลง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงต้องเฝ้าสังเกตอาการและสัญญาณชีพของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งโรคเลือดออกในทางเดินอาหารมีโอกาสที่จะกลับมาเป็นซ้ำอีก หากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้ความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง การจะทำให้ผู้ป่วยเห็นความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก พยาบาลต้องมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการดูแลครอบครัว สภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยร่วมด้วย สร้างความเข้าใจในการดูแลตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสาเหตุ พยาธิสภาพการเกิด โรค อาการและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นของโรครวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่ เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 หน่วยงานหอผู้ป่วย ควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการจองเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ภาวะเสี่ยงเฉพาะรายเพื่อเตรียมไว้ใช้ในระหว่างการส่องกล้อง หรือในรายที่มีปัญหาขณะส่องกล้อง

9.2 พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติไปในแนวทาง

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. สัดส่วนของผู้ขอประเมิน 100 %

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1.) นางสาวชุติมา เจริญการ สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ชุติมา เจริญการ

(นางสาวชุติมา เจริญการ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 8 ก.ย. 2568

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชุติมา เจริญการ	ชุติมา เจริญการ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางประภัสสร เจริญนาม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
โรงพยาบาลสอยดาว

(วันที่) ...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายชัชวาล โภโค)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว

(วันที่) ...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. **เรื่อง** แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง

2. **หลักการและเหตุผล**

การให้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง (HFNC) เป็นเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยหายใจโดยไม่สอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย (non-invasive respiratory support) ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนในระดับปานกลางถึงรุนแรงหรือมีภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ได้รับออกซิเจนในอัตราไหลสูง (high flow oxygen rate) ซึ่งสามารถให้ออกซิเจนที่ปรับระดับความเข้มข้นของออกซิเจนที่ใช้ในการหายใจเข้า(fraction of inspired oxygen: FiO2) ผ่านทาง nasal prong ด้วยอัตราไหลที่สูงเพียงพอต่อการบำบัดรักษา สามารถปรับอัตราไหลที่เครื่องผสมก๊าซออกซิเจนกับอากาศได้ตั้งแต่ 15-60 ลิตรต่อนาที จึงช่วยเพิ่มอัตราการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนในถุงลมปอด ช่วยลดความต้านทานของทางเดินหายใจ เพิ่มความยืดหยุ่นของถุงลมปอดด้วยก๊าซที่อุ่นและชื้น ร่วมกับการที่มีความดันที่เกิดจากอัตราไหลของออกซิเจนสูงช่วยถ่างขยายหลอดลมและถุงลมปอดไว้ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยลดแรงในการหายใจและลดการใช้กล้ามเนื้อทรวงอก รวมทั้งลดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ที่ไหลกลับเข้าไปใหม่ ช่วยลดแรงต้านการหายใจเข้าทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหายใจสะดวกกว่าการใช้ออกซิเจนแบบอื่น และทำให้อาการหอบเหนื่อยจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงดีขึ้น และทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหน้าอกและกล้ามเนื้อหน้าท้องทำงานประสานกันดีขึ้น ในประเทศไทยพบการศึกษาของ นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย และคณะ (2015) ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะพร่องออกซิเจนที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 40 ราย โดยศึกษาแบบสุ่มเชิงเปรียบเทียบ HFNC กับ conventional oxygen therapy ผลการวิจัย พบว่าสาเหตุของ hypoxemia และ dyspnea พบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย (CHF) อาการกำเริบของโรคหอบหืด (asthma exacerbation) อาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคปอดบวม (pneumonia) ผู้ป่วยที่ได้รับ HFNC อาการหายใจลำบาก (dyspnea) ดีขึ้นและมีความสุขสบายสูงกว่า conventional oxygen therapy อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่ม HFNC ต่ำกว่ากลุ่ม conventional oxygen therapy อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิต

ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลสอยดาวมีผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF) ตั้งแต่ปี 2564-2566 จำนวน 1,286 , 1,254 , 1,549 ราย ตามลำดับ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) จำนวน 146, 157, 156 ราย ตามลำดับ และทางหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสอยดาว ได้มีการนำ HFNC มาใช้ตามแผนรักษาของแพทย์ โดยนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) จากการเก็บข้อมูลภายในหอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลสอยดาว ตั้งแต่ปี 2564-2566

พบว่า มีการใช้ HFNC จำนวน 12 ราย มีอัตราการลดการใส่ท่อช่วยหายใจได้ จำนวน 9 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วย HFNC สามารถลดการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคหอบหืดและโรคปอดบวมได้

ดังนั้น ผู้จัดทำจึงเห็นความสำคัญในเรื่องของ บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง (HFNC) และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง เนื่องจากเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนหรือมีภาวะหายใจล้มเหลวแบบใหม่ที่ให้ประสิทธิภาพ และช่วยลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและอัตราการเสียชีวิตได้ด้วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหายใจล้มเหลวด้วย High Flow Nasal Cannula (HFNC)

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) หรือภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) โดยเฉพาะในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน (Oxygen Therapy) ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบการช่วยหายใจทั้งแบบใส่ท่อ (Invasive) หรือไม่ใส่ท่อ (Non-Invasive) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงมาก อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งการใช้เป็นระยะเวลานาน อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: VAP) และปัญหาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา

เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนหากต้องใส่ท่อช่วยหายใจจะต้องส่งตัวต่อโรงพยาบาลศูนย์ ดังนั้นการใช้ HFNC ถือเป็นการรักษาแบบประคับประคองที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย (Oxygenation) ลดความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะในช่วงหลังถอดท่อ (Post Extubation Period) ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงในการใส่ท่อซ้ำได้ (อัมพาภรณ์ เตชธนางกรู, 2563)

บทบาทของพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ HFNC โดยควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ:

1.กลไกการทำงานของเครื่อง HFNC

2.อุปกรณ์และการตั้งค่าต่าง ๆ ของเครื่อง

3.การสังเกตและประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพสูงสุด

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง เป็นวิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีแนวทาง ดังนี้

1. การดูแลก่อนได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูงโดยอธิบายความสำคัญและความจำเป็นในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์และให้ความร่วมมือ

2. การเตรียมอุปกรณ์ก่อนใช้งานกับผู้ป่วยโดยเลือกขนาด cannula ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อเครื่อง ตรวจสอบสถานะความพร้อมสำหรับการใช้งาน และปรับตั้งค่าเครื่องตามแผนการรักษา

3. การดูแลขณะได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาเป็นระยะๆ ได้แก่ อัตราการหายใจ ชีพจร การใช้แรงในการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะเสมหะ

4. การดูแลสำหรับการหย่าการใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง ประเมินว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ได้แก่อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจลดลงร้อยละ 20 ของค่าเริ่มต้น หรือมีค่า spo 2 >95% ให้ ปรับลด Total Flow rate ทุก 1-4 ชั่วโมง จนเหลือ Total flow rate < 25 ลิตรต่อนาที จึงเปลี่ยนไปใช้ Low flow nasal cannula หรือหยุดการใช้งาน

3.2 วัตถุประสงค์

3.2.1. เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกในผู้ป่วยโรงพยาบาลสอยดาว

3.2.2. เพื่อประเมินแนวทางปฏิบัติการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกในผู้ป่วยกับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ โรงพยาบาลสอยดาว

3.2.3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 ระยะเวลา ปีพ.ศ มกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2568

3.4 กลุ่มเป้าหมาย

3.4.1ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก โรงพยาบาลสอยดาว

3.4.2 แพทย์พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศ อัตราการไหลสูงทางจมูก โรงพยาบาลสอยดาว

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

วิธีการปฏิบัติงานในการใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงมี ดังนี้

3.5.1. การเตรียมอุปกรณ์และประกอบเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง

(1) ผู้ช่วยพยาบาลหรือพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดเตรียมชุดอุปกรณ์สำหรับประกอบ เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงให้ครบถ้วน

(2) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประกอบชุดอุปกรณ์เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตรา การไหลสูงให้ถูกต้อง และทำการตรวจสอบเครื่องเพื่อความพร้อมใช้งาน

3.5.2. การตั้งค่าและดูแลเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงขณะใช้งาน

(1) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ตั้งค่าการทำงานของเครื่องได้แก่ ค่าออกซิเจน (Fio2) อัตราการไหลของอากาศ (Flow rate) และอุณหภูมิ พร้อมตรวจสอบการทำงานของเครื่องควบคุม การให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงให้ถูกต้อง

(2) ขณะใช้งานถ้าพบปัญหาให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น แจ้งหัวหน้าเวร และรายงานหัวหน้าตึกเพื่อรับทราบปัญหาและดำเนินการแก้ไขในลำดับถัดไป

3.5.3. การพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง

(1) พยาบาลวิชาชีพติดตามวัดสัญญาณชีพ ค่าออกซิเจนในร่างกาย ลักษณะการหายใจ และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หลังให้ออกซิเจนอัตรา การไหลสูงทุก 30 นาที-1ชั่วโมง หากสัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติคงที่ติดตาม ทุก 4 ชั่วโมง

(2) ติดตามประเมินระดับความรู้สึกตัว สีผิวบริเวณเยื่อบุริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้า และติดเครื่องติดตาม (monitor) ไว้ที่ข้างเตียงตลอด เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและปรับอัตรา การไหลหรือความเข้มข้นของออกซิเจนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

(3) ติดตามเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหายใจลำบากอย่างใกล้ชิด หากหายใจช้าน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที หรือเร็วกว่า 24 ครั้งต่อนาที หายใจหอบเหนื่อย มีอกบุ๋ม ปีกจมูกบาน มีเสียง stridor, grunting หรือ wheezing เสียงหายใจครืดคราด เนื่องจากมีการอุดกั้น ของเสมหะ ให้รีบรายงานแพทย์

(4) ตรวจสอบ ติดตามประเมินการทำงานของเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจน อัตราการไหลสูง ตรวจสอบข้อต่อและสายต่าง ๆ ไม่ให้เลื่อนหลุดหรือหักพับงอเป็นระยะตลอด การใช้งานอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณออกซิเจนที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ตามแผนการรักษา

(5) ดูแลติดตาม และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังให้ออกซิเจน อัตราการไหลสูง และให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมรายงานแพทย์เมื่อพบปัญหาทันทีเช่น อาการระคายเคืองหรือแผลกดทับจากสายออกซิเจน cannula ที่บริเวณผิวหนังรอบรูจมูกและเยื่อบุ โพรงจมูก อาการท้องอืด ภาวะลมรั่วของเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น

(6) บันทึกข้อมูลอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และการ ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วนและต่อเนื่อง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

4.2 เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการดูผู้ป่วยที่ใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีสมรรถนะในการประกอบอุปกรณ์และตั้งค่าการใช้งานเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตรา การไหลสูง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง คิดเป็นร้อยละ 95 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่อง HFNC

5.2 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงและสามารถประกอบอุปกรณ์-ตั้งค่าการใช้งานได้อย่างถูกต้อง

(ลงชื่อ) .....ชุติมา เจริญการ.....
(นางสาวชุติมา เจริญการ)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) .....8 ก.ย. 2568.....
ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสอยดาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาววารินทร์ จุนเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลสอยดาว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๒๙๘๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลสอยดาว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๒๙๘๘	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในผู้ใหญ่ **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** เรื่อง คิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน **รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”**					๑๐๐%

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในผู้ใหญ่

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 15 ตุลาคม 2567 เวลา 11.26 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 18 ตุลาคม 2567 เวลา 12.00 น.

รวมรับไว้ในความดูแล 3 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ

โรคปอดอักเสบ คือโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งประกอบไปด้วยถุงลม ปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ ทำให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลง เกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ซึ่งจัดเป็นภาวะร้ายแรงและผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรษา วรมาลี, 2563)

พยาธิสภาพ

พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดง ไฟบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลออกมากินแบคทีเรีย ระยะนี้กินเวลา 24-46 ชั่วโมง หลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด

2. ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่า มีเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยท่อผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้น ทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดงในถุงลมมากขึ้นเพื่อกินเชื้อโรค ระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไฟบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัวเล็กลงระยะนี้กินเวลา 3-5วัน

3. ระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้ เม็ดเลือดขาวสามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาเพื่อละลายไฟบริน เม็ดเลือดขาวและหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะ เนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดจะหายไปหรือมีพังพืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมาก แต่ในคนสูงอายุจะช้า ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ 5 วัน ผู้ใหญ่ประมาณ 2 สัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน 6 สัปดาห์ ถ้าเกินต้องนึกถึงการมีโรคอื่นเป็นพื้นฐานอยู่เดิม เช่น มะเร็งปอดหรือหลอดลม เป็นต้น (อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรษา วรมาลี, 2563)

สาเหตุ

โรคปอดอักเสบเกิดได้จาก 2 สาเหตุ ได้แก่

1.ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ หรือ pneumonia (ปอดบวม) โดยเชื้อโรคเข้าสู่ปอดและทำให้เกิดการอักเสบของถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ ได้แก่ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา ซึ่งเชื้อที่พบจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ และสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดโรค เช่น ได้รับเชื้อจากที่ชุมชนทั่วไปหรือจากภายในโรงพยาบาล ทั้งนี้เชื้อแบคทีเรียที่พบมักได้แก่ เชื้อ Streptococcus pneumoniae,

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เชื้อ Haemophilus influenzae type b, เชื้อ Chlamydia pneumoniae, เชื้อ Legionella spp. และเชื้อ Mycoplasma pneumoniae ส่วนเชื้อไวรัส ได้แก่ เชื้อ Respiratory Syncytial Virus (RSV), เชื้อ Influenza หรือเชื้อไข้หวัดใหญ่ และเชื้อราจากมูลนกหรือซากพืชซากสัตว์

2.ปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ เช่น เกิดจากการหายใจเอาสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่น ควัน สารเคมีที่ระเหยได้ นอกจากนี้ การใช้ยาปฏิชีวนะ ยาเคมีบำบัด และยาสำหรับควบคุมการเต้นของหัวใจบางชนิดก็อาจทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบได้ (อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรษา วรมาลี, 2563)

อาการและอาการแสดง

1. ไข้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือมีไข้ตัวร้อนตลอดเวลา บางรายก่อนมีไข้ อาจมีอาการหนาวสั่นมาก ซึ่งมักจะเป็นเพียงครั้งเดียวในช่วงแรก

2. อาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการปากเขียวตัวเขียว ส่วนในรายที่เป็นไม่มากอาจไม่มีอาการหอบเหนื่อยชัดเจน

3. อาการไอในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้ง ๆ ไม่มีเสมหะ แล้วต่อมาจะมีเสมหะสีขาว หรือขุ่นขับออกเป็นสีเหลือง สีเขียว บางรายอาจเป็นสีสนิมมีเลือดปน

4. อาการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บแปลับๆ เวลาหายใจเข้าหรือเวลาที่ไอแรงๆ ตรงบริเวณที่มีการอักเสบของปอด ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สีข้าง หรือท้อง ต่อมาจะมีอาการหายใจหอบเร็ว

5. ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้เบื่ออาหาร อาเจียน อ่อนเพลีย ร่วมด้วย

6. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น หรือโรคหวัดนำมาก่อนแล้วจึงมีอาการไอหายใจหอบตามมา โดยเฉพาะที่เกิดจากเชื้อ Streptococcus pneumoniae หรือเชื้อ Haemophilus influenzae

7. อาจมีอาการซึม สับสน

8. ในรายที่เป็นปอดอักเสบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้ออื่นๆ จะมีอาการของโรคติดเชื้อนั้นๆ ร่วมด้วย เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัด อีสุกอีใส ไอกรน สครับไทฟัส โรคฉี่หนู เป็นต้น (อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรษา วรมาลี, 2563)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบแพทย์สามารถวินิจฉัยได้จาก

1. อาการแสดง คือ มีไข้ ไอ เจ็บหน้าอกและหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้

2. การตรวจร่างกาย โดยการใช้เครื่องตรวจฟังเสียงปอด จะพบว่า มีเสียงดังกรอบแกรบหรือมีเสียงหายใจเบากว่าปกติ

3. การถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ประวัติ และการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ซึ่งแพทย์จะเลือกตรวจตามความเหมาะสมตามความจำเป็น หรือตามดุลยพินิจของแพทย์

4.1 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count, CBC) เป็นการตรวจนับเม็ดเลือดขาวในเลือด ซึ่งแพทย์มักทำในผู้ป่วยทุกราย แม้จะไม่สามารถใช้แยกสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสได้อย่างชัดเจน ในกรณีที่พบ neutrophil สูงมาก และมี toxic granules จะช่วยสนับสนุนว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย

4.2 การย้อมเสมหะ (sputum) เป็นวิธีที่มีความไวแต่ไม่จำเพาะต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุอาจเป็นเพียงแนวทางคร่าวๆถึงเชื้อก่อโรค

4.3 การตรวจเสมหะเพาะเชื้อและการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ควรทำการเพาะเชื้อในรายที่อยู่โรงพยาบาลที่สามารถจะทำการเพาะเชื้อได้

4.4 การเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) ซึ่งแพทย์จะตรวจเฉพาะในรายที่เป็นรุนแรง เชื้อที่มักก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ เชื้อสเตรปโตค็อกคัส นิวโมเนียอี (Streptococcus pneumoniae) หรือฮีโมฟิลัส อินฟลูเอนเซ (Haemophilus influenzae) (อุ่นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรษา วรมาลี, 2563)

การรักษาโรคปอดอักเสบ

การรักษาปอดอักเสบมี 3 วิธี คือ

1.การใช้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน 4 ถึง 6 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ แพทย์ควรพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง เนื่องจากทุกๆ 1 ชั่วโมงของการให้ยาต้านจุลชีพช้าจะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลงร้อยละ 8 ดังนั้นการเลือกให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและรวดเร็วจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการรอดชีวิต

2. การรักษาประคับประคองตามอาการ

2.1 ดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหรือเขียวบริเวณปลายมือปลายเท้า โดยปกติผู้สูงอายุมีอัตราการหายใจอยู่ในช่วง 12-20 ครั้งต่อนาที ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที แสดงถึงการหายใจเหนื่อยหอบ ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน โดยประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ไม่ควรต่ำกว่า 94 เปอร์เซ็นต์

2.2 ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ วันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบจะมีการสูญเสียน้ำจากการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว หรือมีไข้สูง นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุมักมีเสมหะมาก หากได้รับสารน้ำไม่เพียงพอเสมหะจะเหนียวและไอขับออกลำบาก โดยกระตุ้นผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของผู้ป่วย เช่น ไม่มีภาวะน้ำท่วมปอด โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2.3 ดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุจะสูญเสียพลังงานไปมากกับอาการไข้ หายใจเร็ว หายใจหอบ ในช่วงที่ผู้ป่วยสูงอายุมีหายใจเหนื่อยหอบ แพทย์อาจให้งดอาหาร และน้ำทางปาก หรือทางสายให้อาหาร แต่เมื่ออาการดีขึ้น เสมหะลดลง อัตราการหายใจลดลงสู่ระดับปกติ ควรให้อาหารและสารน้ำ โดยเริ่มจากอาหารเหลวไปจนกระทั่งอาหารธรรมดา ตามลำดับ

2.4 ดูแลให้ได้รับการระบายการคั่งค้างของเสมหะเนื่องจากการคั่งค้างของเสมหะในปอดเป็นปัญหาสำคัญ ของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถไอเพื่อขับเสมหะออกได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากสมรรถภาพการหายใจที่ลดลง แรงในการไอ หรือหายใจลดน้อยลง ความรู้สึกตัวที่ลดลง จึงอาจทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจได้ ควรช่วยเหลือโดยการเคาะปอด สอนการไอและการหายใจที่มีประสิทธิภาพ โดยแนะนำการเคาะปอดที่ถูกวิธีคือใช้อุ้งมือทำเป็นรูปถ้วยนิ้วทั้ง 5 ชิดกัน ใช้วิธีสะบัดหรือเคลื่อนไหวส่วนข้อมือเคาะแต่ละครั้งติดกัน 3-5 นาที และสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพโดยการให้หายใจเข้าออกลึกๆช้าๆ แนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการสูดไอน้ำร้อน (heat nebulizer) โดยการใช้น้ำกลั่นปลอดเชื้อหรือน้ำธรรมดาทำให้อุ่น แล้วให้ออกซิเจนใช้ face mask แบบรูใหญ่โดยผ่าน nebulizer นาน 15-30 นาทีโดยให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าลึกๆให้ท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ และดูแลให้ได้รับยาแก้ไอ ยาละลายเสมหะที่ถูกต้องและเหมาะสม

3. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยการให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติในเรื่องการดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้

3.1 หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค เช่น แนะนำให้หลีกเลี่ยงการไปอยู่ในที่แออัด หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ ควันไฟ มลพิษ ให้อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก รวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการแนะนำให้ล้างมือบ่อยๆ ล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง เวลาไอหรือจามให้ปิดปากจมูกใส่หน้ากากปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อต้องไปในที่แออัด

3.2 แนะนำเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยสอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพโดยการ หายใจเข้าลึกๆช้าๆ เพื่อทำให้กล้ามเนื้อรอบๆปอดยืดขยาย เท่ากับเป็นการกระตุ้นความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อที่จะช่วยในการหายใจ เมื่อเวลาหายใจแรงจึงไม่เหนื่อยง่าย และจะช่วยนำเลือดดำจากร่างกายกลับมาฟอกที่ปอดได้เร็วขึ้น แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยการหายใจเข้าลึกเต็มที่ช้าๆแล้วกลั้นไว้แล้วไอออกมาโดยเร็วและแรงเพื่อช่วยขับเสมหะได้

3.3 ระมัดระวังเรื่องการสำลักอาหาร ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากกลไกการกลืนทำงานช้าลง ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุนั่งตัวตรงขณะรับประทานอาหารและหลังรับประทานควรนั่งต่ออีกอย่างน้อย 30 นาที รับประทานอาหารช้าๆอย่างตั้งใจ ไม่พูดคุยขณะรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานเวลาเหนื่อยหอบหรือรีบเร่ง อาจต้องให้พักประมาณ 30 นาทีก่อนมื้ออาหาร ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำคำใหญ่เกินไป ให้รับประทานครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารเหนียวเคี้ยวยาก รวมทั้งดูแลรักษาความสะอาดปากฟันเพื่อช่วยลดการสะสมของเชื้อโรคในช่องปากและฟัน และป้องกันการติดเชื้อจากการสำลักได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.4 ออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้สูงอายุควรระมัดระวังมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากเป็นวัยที่กล้ามเนื้ออ่อนแอกว่าวัยอื่น การทรงตัวอาจทำได้ไม่ดีและส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว การออกกำลังกายที่เหมาะสมควรสำรวจสภาพร่างกายของตนเองให้ดีก่อน หากมีโรคประจำตัวควรพบแพทย์เพื่อปรึกษาก่อน เพราะบางโรคอาจมีอาการกำเริบได้เมื่อออกกำลังกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมความดันให้อยู่ในระดับที่ปกติก่อน หลีกเลี่ยงท่าที่มีอาการเกร็งหรือเบ่งมากเกินไป เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ หลีกเลี่ยงการปะทะการแข่งขัน เพราะอาจเกิดอันตรายได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงแนะนำให้ออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง หรือเดินช้าๆโดยไม่มีข้อจำกัดต่างๆ เช่น ปวดตามข้อ ปวดเท้า เป็นต้น เพื่อให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากวิ่งหรือเดินเร็วไม่ได้ให้ผู้สูงอายุเพิ่มเวลาในการเดินให้มากขึ้น รวมทั้งให้มีการแกว่งแขนไปด้วย รวมทั้งรำมวยจีนหรือโยคะ เป็นต้น (อุ่นเรือน กลิ่นขจร และ สุพรรษา วรมาลี, 2563)

การพยาบาล

1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะและให้น้ำอย่างเพียงพอ

2. แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ

3. การดูดเสมหะ ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนดูดเสมหะทุกครั้ง ให้ดูดเสมหะตามข้อบ่งชี้ดังนี้ คือ ก่อนพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยหรือจัดท่าผู้ป่วยใหม่ ก่อนให้อาหารทางสายให้อาหารเข้าสู่กระเพาะอาหาร ผู้ป่วยบอกว่ามีเสมหะและต้องการให้ดูดออก ได้ยินเสียงครืดคราดของเสมหะในท่อช่วยหายใจ

4. ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ลิ้น ลดการติดเชื้อในปาก ลำคอ ลดการติดเชื้อในระบบหายใจ

5. การให้ออกซิเจน ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบควรได้รับการรักษาโดยการให้สูดดมออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะ Hypoxia ที่เกิดขึ้น โดยการให้ออกซิเจนทางNasal Catheter, Face Mask หรือ OxygenTent

6. น้ำ เนื่องจากผู้ป่วยเสียน้ำออกไปทางการหายใจและผิวหนังมากกว่าปกติจึงควรให้ทดแทนโดยการดื่มน้ำ สูดดมละอองน้ำ หรือให้น้ำเข้าทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ ในขณะเดียวกันต้องดูแลสมดุลอิเล็คโทรลัยต์ให้อยู่ในเกณฑ์ด้วย

7. อาหารในระยะแรกควรเลือกให้อาหารอ่อนๆ เพราะผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารมาก ในรายที่มีโรคแทรกหรือมีภาวะขาดอาหารร่วมด้วยอยู่อาจทำให้อาหารที่มีโปรตีนและแคลลอรี่สูงควบคู่ไปกับการให้วิตามินทดแทนให้เพียงพอ ส่วนในรายที่ให้อาหารทางสายยาง ควรปรับพลังงานตามความเหมาะสมและเพียงพอต่อร่างกาย

8. จัดสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้เหมาะสม และเปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

9. ยาแก้ไอยาขับเสมหะจะช่วยทำให้เสมหะระบายออกได้สะดวกและรวดเร็วเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้

10. การให้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีการอักเสบติดเชื้อเนื่องจากแบคทีเรีย หรือเกิดการติดเชื้อซ้ำในระยะหลัง ยาปฏิชีวนะที่ใช้พวก penicillin , erythromycin

11. ในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีการประเมินข้อมูลความรู้ ประสบการณ์ และปัญหาที่สำคัญทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล ในสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือและยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

12. อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการเกิดโรค สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการ และอาการแสดงการรักษา และการดูแลตนเอง (เพชรรุ่ง อิฐรัตน์, 2562)

หลักการใช้ยาปฏิชีวนะ

1. Ceftriaxone เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มยาเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin) ที่ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ด้วยการทำลายผนังเซลล์ทำให้แบคทีเรียตาย ใช้ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียกระจายลุกลามไปทั่ว เช่น การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน โรคหนองในแท้ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือการติดเชื้อแบคทีเรียในหู ปอด ช่องท้องทางเดินปัสสาวะ ข้อต่อ กระดูก กระแสเลือด เป็นต้น ทั้งนี้ ขนาดการใช้ยาจะขึ้นอยู่กับการติดเชื้อและภาวะโรค โดยผู้ใหญ่และเด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป ฉีด 1-2 กรัม วันละครั้ง ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเพิ่มขนาดยาได้ไม่เกินวันละ 4 กรัม สามารถฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ(ปราณี ทู้ไพเราะ, 2551)

2. Roxithromycin (รอกซิโทรมัยซิน) เป็นยาปฏิชีวนะที่จัดอยู่ในกลุ่มยาแมคโครไลด์ (Macrolide) ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย โดยยารอกซิโทรมัยซินจะนำมาใช้ในการรักษาโรคที่มาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น โรคหลอดลมอักเสบ โรคปอดอักเสบ โรคไซนัสอักเสบ หรือการติดเชื้อที่ผิวหนัง เป็นต้น วิธีการใช้และขนาดยานี้ใช้สำหรับรับประทาน สำหรับผู้ใหญ่ขนาดยาโดยทั่วไปรับประทานวันละ 300 มิลลิกรัม อาจแบ่งรับประทานวันละ 1 - 2 ครั้ง สำหรับเด็กที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 40 กิโลกรัม ขนาดยาโดยทั่วไปรับประทาน 150 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ยารอกซิโทรมัยซินมีข้อห้ามใช้และอาจเกิดผลข้างเคียงได้ ดังนั้น การใช้ยาควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร(ปราณี ทู้ไพเราะ, 2551)

3. Cefixime (เซฟิซิม) เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin) เป็นยาต้านเชื้อแบคทีเรียในกลุ่ม Third generation cephalosporin ออกฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียทั้งแกรมบวกและแกรมลบหลายชนิดใช้ในการรักษาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อของหูชั้นในอักเสบ การติดเชื้อทางเดินหายใจ ใช้ในการรักษาหลอดลมอักเสบเฉียบพลันเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรีย โรคหนองในที่ปากมดลูกและท่อปัสสาวะ เป็นต้น กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรียโดยการไปจับกับ penicillin-bindind protein (PBPs) ทำให้ผนังเซลล์ของแบคทีเรียไม่ถูกสร้างขึ้น รูปแบบของยา มี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบผง สำหรับเตรียมยาน้ำแขวนตะกอนชนิดรับประทานขนาด 100 mg/5 ml และยาเม็ดแคปซูลขนาด 100 mg วิธีการใช้และขนาดยาที่แนะนำในผู้ใหญ่โดยทั่วไปรับประทาน 400 mg ทุก 12-24 ชั่วโมง ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 7-14 วัน (Chulalak, 2566)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในผู้ใหญ่

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เพศหญิง สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อายุ 32 ปี น้ำหนัก 95 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 34.89 อาชีพ ทำสวนลำไย สวนยาง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไข้ หายใจเหนื่อย ไอมีเสมหะ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ไอมีเสมหะสีเขียว เหนื่อยง่าย ทำงานได้น้อยลง อาเจียน 1 ครั้ง รับประทาน อาหารได้น้อยลง ไม่ได้รักษาที่ใด

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ หายใจเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล แรกรับที่ OPD วันที่ 15 ตุลาคม 2567 เวลา 9.23 น.

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 38.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์

ประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร

ประวัติ LMP วันที่ 2 ตุลาคม 2567

ประวัติการคุมกำเนิด ฉีดยาคุมกำเนิด

ประวัติการดื่มสุรา ปฏิเสธการดื่มสุรา

ประวัติการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการสูบบุหรี่

ประวัติการใช้สารเสพติด ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ผู้หญิงไทย รูปร่างท้วม ผิวคล้ำ รู้สึกตัวดี

ผิวหนัง : ผิวหนังไม่ซีด ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

ศีรษะ : รูปร่างปกติ มีความสมมาตร กะโหลกศีรษะเรียบ ไม่มีก้อนผิดปกติใดๆ

ตา : สมมาตรกัน มองเห็นปกติ เปลือกตาไม่ซีด

หู : รูปร่างปกติ การได้ยินปกติทั้งสองข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากหู

จมูก : รูปร่างปกติ การรับกลิ่นปกติ เยื่อบุจมูกสีชมพู ไม่บวม ไม่มีน้ำมูก หายใจไม่มีปีกจมูกบาน

ปากและลำคอ : ริมฝีปากไม่แห้ง ทอนซิลไม่โต ไม่มีจุดหนอง ไม่มีแผลในปาก

ต่อมน้ำเหลือง : ไม่โต คลำไม่พบก้อน

ทรวงอกและปอด : รูปร่างปกติ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไม่ใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดมี Minimal Rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง

ท้อง : คลำท้องนุ่ม ไม่มีกดเจ็บ

ทางเดินปัสสาวะ : สามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีแสบขัด

กล้ามเนื้อและข้อ : บริเวณข้อต่างๆไม่มีบวมและอักเสบ เคลื่อนไหวได้ปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC (15 ตุลาคม 2567)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลที่ได้	แปลผล
WBC	4000-10000(cu.mm.)	11890	สูงกว่าปกติ
RBC	3.5-5.5(10^6/uL)	4.53	ปกติ
Hemoglobin	11-16(%)	12.8	ปกติ
Hematocrit	37-54(%)	39.2	ปกติ
MCV	81-100 (%)	86.6	ปกติ
MCH	27-34 (%)	28.2	ปกติ
MCHC	32-36 (%)	32.7	ปกติ
PLT	100000-300000(cell/mm^3)	294,000	ปกติ
RDW	11-16 (%)	12.9	ปกติ
Neutrophils	50-70 (%)	79	สูงกว่าปกติ
Lymphocytes	20-40 (%)	17.2	ต่ำกว่าปกติ
Monocytes	3-12 (%)	3.5	ปกติ
Eosinophils	0.5-5 (%)	0.1	ต่ำกว่าปกติ
Basophils	0-1 (%)	0.2	ปกติ

<u>วิเคราะห์ผล</u> จากผล CBC พบว่ามีค่า WBC สูงกว่าปกติ Neutrophils สูงกว่าปกติ Lymphocytes ต่ำกว่าปกติ Eosinophils ต่ำกว่าปกติ แสดงให้เห็นว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้อที่ปอด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Electrolyte (15 ตุลาคม 2567)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลที่ได้	แปลผล
BUN	6-20 (mg/dL)	8	ปกติ
Creatinine	0.67-1.17 (mg/dL)	0.74	ปกติ
Sodium	136-145 (mmol/L)	140	ปกติ
Potassium	3.5-5.1 (mmol/L)	3.5	ปกติ
Cl	98-107 (mmol/L)	101	ปกติ
CO2	22-29 (mmol/L)	23	ปกติ

วิเคราะห์ผล จากผล Electrolyte แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีภาวะสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

SARS coronavirus (15 ตุลาคม 2567)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลที่ได้	แปลผล
ATK	Negative	Negative	ปกติ

วิเคราะห์ผล จากผล ATK แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อ Covid-19 ร่วมด้วย

Gram stain (15 ตุลาคม 2567)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลที่ได้	แปลผล
Sputum	Not found	- Gram+ve bacilli few - Gram-ve bacilli moderate	ผิดปกติ

วิเคราะห์ผล จากผล Gram stain แสดงให้เห็นว่า มีการติดเชื้อที่แบคทีเรียทั้งแกรมบวก และแกรมลบ อาจเกิดจากการเก็บเสมหะที่ไม่ถูกต้อง และปนเปื้อน

Culture (15 ตุลาคม 2567)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลที่ได้	แปลผล
Sputum C/S	No growth	Normal Flora	ปกติ
Hemoculture	No growth	No growth after 5 day	ปกติ

วิเคราะห์ผล จากผล Sputum C/S และ Hemoculture แสดงให้เห็นว่าผลการเพาะเชื้อในเสมหะ และในเลือดปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Sputum Xpert (15 ตุลาคม 2567)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลที่ได้	แปลผล
Sputum Xpert	Negative	Negative	ปกติ

วิเคราะห์ผล จากผล Sputum Xpert แสดงให้เห็นว่าผลการเพาะเชื้อวัณโรคปกติ

ภาพถ่ายรังสีทรวงอก : Marked infiltration Right Lower Lobe (รอยโรคที่ปอดข้างขวาด้านล่าง)

การวินิจฉัยของแพทย์ : Right Lower Lobe Pneumonia

การประเมินสภาพแรกรับ อาการและอาการแสดง สัญญาณชีพ

แรกรับที่หอผู้ป่วยหญิง วันที่ 15 ตุลาคม 2567 เวลา 11.26 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้พอควร ไม่มีไข้ มีหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไอมีเสมหะสีเขียว สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/71 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

สรุปอาการและอาการแสดง

15 ตุลาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้พอควร ไม่มีไข้ มีหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไอมีเสมหะสีเขียวสามารถขับออกเองได้แต่ไม่มีประสิทธิภาพ On 0.9%NSS 1000 ml IV drip 60 ml/hr ให้ ATB : Ceftriaxone 2 g IV OD และให้ Roxithromycin 150 mg 1 tab oral a.c. เช้า-เย็น ให้ยาขับเสมหะ : Acetylcysteine 200 mg 1 ซอง oral p.c. เช้า-กลางวัน-เย็น ให้ยาแก้ไอ Dextromethorphan 15 mg 1 tab oral p.c. เช้า-กลางวัน-เย็น และให้ยาแก้ไอมะขามป้อมจิบ p.r.n.

16 ตุลาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีไข้ ไม่มีหายใจเหนื่อย ไอมีเสมหะสีเขียวนานๆครั้งสามารถขับออกเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เสมหะลดลง รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน On 0.9%NSS 1000 ml IV rate 60 ml/hr

17 ตุลาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีไข้ ไม่มีหายใจเหนื่อย ไอมีเสมหะสีเหลืองขุ่นนานๆครั้ง ไอลดลง Lung มี Rhonchi Right lung พ่น Berodual 1 NB ทุก 6 ชม. Off 0.9%NSS 1000 ml IV drip 60 ml/hr

18 ตุลาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีไข้ ไม่มีหายใจเหนื่อย ไอมีเสมหะสีขาวขุ่นปนเหลืองเล็กน้อย ปริมาณเสมหะลดลง แพทย์จำหน่ายกลับบ้านให้ Roxithromycin 150 mg 1 tab oral a.c. เช้า-เย็น รับประทานต่อจนครบ 5 วัน ให้ Cefixime 100 mg 2 cap oral p.c. เช้า-เย็น ครบ 3 วัน นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปปัญหาทางการพยาบาล

ข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด

ข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากมีเสมหะในลำคอและขับออกได้ไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัว เนื่องจากขาดความรู้

ปัญหาทางการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน

S : 1. ผู้ป่วยบอกว่า “หายใจเหนื่อยเล็กน้อย”

O : 1. ผู้ป่วยไอมีเสมหะสีเขียว

2. อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

3. อุณหภูมิร่างกาย 38.7 องศาเซลเซียส

4. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก : Marked infiltration Right Lower Lobe

5. Sputum Gram stain : Gram+ve bacilli few, Gram-ve bacilli moderate

6. ผล CBC : WBC11890 cu.mm. ,Neutrophils 79%

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกและหน้าท้องในการหายใจ

2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

3. ปริมาณเสมหะลดลง และเสมหะเป็นสีขาว

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนออกซิเจน

2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม.

3. ประเมินการหายใจ ลักษณะการหายใจไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ

4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

5. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดช่องปาก

6. ให้สารน้ำตามแผนการรักษา ให้ 0.9%NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr

7. ให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา ให้ Ceftriaxone 2 g IV OD และให้ Roxithromycin 150 mg 1 tab oral ac เช้า-เย็น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

8. ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลว เช่น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น กระสับกระส่าย ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ หากมีอาการหรืออาการแสดงดังกล่าวรีบรายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

1. อัตราการหายใจของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 18-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกและหน้าท้อง ในการหายใจ

2. อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 36.5-37.2 องศาเซลเซียส

3. เสมหะปริมาณลดลง เปลี่ยนเป็นสีขาวปนเหลืองเล็กน้อย

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากมีเสมหะในลำคอและขับออกได้ไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

O : 1. ผู้ป่วยไอมีเสมหะสีเขียว

2. ผู้ป่วยขับเสมหะได้ไม่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ

2. เพื่อให้ขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไอขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ปริมาณเสมหะลดลง

3. ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์

4. ไม่มีอาการ Cyanosis

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่าให้ขับเสมหะออกได้ง่าย ให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา

2. เคาะปอดเพื่อช่วยระบายเสมหะในหลอดลมและปอดออกสู่ภายนอกได้ดียิ่งขึ้น

3. สอนวิธีการไอขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ โดยให้หายใจเข้าเต็มที่และกลั้นให้ใจไว้ 1-2 วินาที และไอขับเสมหะออกมา ไอติดต่อกัน 2-3 ครั้งต่อ 1 รอบ

4. ให้ยาแก้ไอมะขามป้อมจิบตามแผนการรักษา

5. ให้ยาแก้ไอ Dextromethorphan 15 mg 1 tab oral p.c. เช้า-กลางวัน-เย็น

6. ให้ได้ยาขับเสมหะ Acetylcystoein 200 mg 1 ซอง oral p.c. เช้า-กลางวัน-เย็น ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เสมหะปริมาณลดลง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ค่าปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-98 เปอร์เซ็นต์

4. ไม่มีอาการ Cyanosis

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวเนื่องจากขาดความรู้

ข้อมูลสนับสนุน

S : 1. ผู้ป่วยสอบถามว่า "โรคนี้อันตรายไหม ต้องนอนโรงพยาบาลกี่วัน จะได้กลับบ้านเมื่อไหร่"

O : 1. สีหน้าผู้ป่วยดูกังวล ทำคิ้วขมวด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถตอบความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวได้ถูกทุกข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดปอดอักเสบ

2. อธิบายการรักษา และระยะเวลาในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการรักษาและทราบระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยประมาณ

3. สอนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสม

4. วางแผนการจำหน่ายด้วยหลัก DMETHOD

-D (Diagnosis) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ สาเหตุการเกิดโรค และอาการแสดงของโรค

-M (Medication) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ การรับประทานยา ขนาดที่รับประทาน เวลาที่รับประทาน ผลข้างเคียงของยา และอาการแพ้ยากรณีที่แพ้ยาให้รีบไปพบแพทย์ และแนะนำให้รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง

-E (Environment & Economic) ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม ให้จัดบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวก แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงหลีกเลี่ยงอากาศเย็น ฝุ่น และละอองฝน และในการทำสวนลำไย เวลาฉีดยา และสารเคมีต่างๆในสวนลำไย ควรใส่อุปกรณ์ป้องกันให้มิดชิด เช่น mask และอาบน้ำทันทีเมื่อฉีดยาเสร็จ

-T (Treatment) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจถึงเป้าหมายการรักษาของโรคปอดอักเสบ สามารถสังเกตอาการผิดปกติของตัวเอง และอาการสำคัญที่นำให้ไปพบแพทย์

-H (Health) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตัวเอง ข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อโรคปอดอักเสบ แนะนำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และฝึกการหายใจที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ฟื้นฟูการทำงานของปอด และฝึกขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

-O (Outpatient Referral) ผู้ป่วยทราบถึงเวลานัดมาตรวจ แนะนำให้มาตรวจตามนัด เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

-D (Diet) แนะนำการเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 มื้อ และรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตอบความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องทุกข้อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ไอมีเสมหะสีเขียว เหนื่อยง่าย ทำงานได้น้อยลง อาเจียน 1 ครั้ง รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่ได้รักษาที่ใด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ หายใจเหนื่อยมากขึ้น ไอมีเสมหะมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

แรกรับที่ OPD วันที่ 15 ตุลาคม 2567 เวลา 9.23 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้พอควร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์ ฟังเสียงปอดมี Minimal Rhonchi ภาพถ่ายรังสีทรวงอก Marked infiltration Right Lower Lobe (มีรอยโรคที่ปอดข้างขวาด้านล่าง) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Right Lower Lobe Pneumonia พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล

แรกรับที่หอผู้ป่วยหญิง วันที่ 15 ตุลาคม 2567 เวลา 11.26 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้พอควร ไม่มีไข้ มีหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไอมีเสมหะสีเขียว สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/71 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ระหว่างนอนโรงพยาบาล ให้ 0.9%NSS 1000 ml IV drip 60 ml/hr ให้ Ceftriaxone 2 g IV OD และให้ Roxithromycin 150 mg 1 tab oral a.c. เช้า-เย็น ให้ยาขับเสมหะ Acetylcysteine 200 mg 1 ซอง oral p.c. เช้า-กลางวัน -เย็น ให้ยาแก้ไอ Dextromethorphan 15 mg 1 tab oral p.c. เช้า-กลางวัน-เย็น และให้ยาแก้ไอมะขามป้อมจิบ prn ผู้ป่วยเหนื่อยลดลง ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะสีเขียวเปลี่ยนเป็นสีขาวขุ่น ปริมาณลดลง แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้านให้ Roxithromycin 150 mg 1 tab oral a.c. เช้า-เย็น รับประทานต่อจนครบ 5 วัน และให้ Cefixime 100 mg 2 cap oral p.c. เช้า-เย็น ครบ 3 วัน นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจเป็นกรณีศึกษาขณะขึ้นปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสอยดาว

4.2.2 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคจากเอกสารวิชาการ หรือจากตำราหลายๆเล่ม

4.2.3 นำมาเขียนเป็นกรณีศึกษาโดยการตรวจร่างกายที่สำคัญ รวมทั้งการให้การช่วยเหลือดูแลรักษา

1) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

2) ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

3) ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษาพยาบาลและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย

4) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5) เรียบเรียงเป็นเอกสารให้สมบูรณ์และรวบรวมเป็นเล่ม

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ

4.3.2 เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2567 เวลา 11.26 น. ถึงวันที่ 18 ตุลาคม 2567 เวลา 12.00 น. รวมรับไว้ในความดูแล 3 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามกระบวนการ DMETHOD ทำให้การรักษาพยาบาลเป็นไปตามแนวทางการรักษา และผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ

6.2 ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปอดอักเสบ

6.3 ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และลดอัตราการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

6.4 ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในช่วงแรกผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย จึงทำให้การซักถามข้อมูลที่ก่อให้เกิดโรคได้ไม่ครบถ้วน และผู้ป่วยมีรูปร่างท้วม หาเส้นเลือดในการเจาะเลือด ให้ IV และให้ยา ATB ได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับหัตถการที่ล่าช้า

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีอาชีพทำสวน จากการซักประวัติเพิ่มเติมผู้ป่วยต้องมีการฉีดสารลำไย ฉีดยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า และฉีดปุ๋ย ในสวนลำไย ผู้ป่วยบอกว่าบางครั้งไม่ได้ใส่ mask และไม่ได้อาบน้ำทันทีหลังฉีดยาลำไย ซึ่งสารเคมีเหล่านี้ก่อให้เกิดการระคายเคือง การอักเสบ และความเสียหายต่อปอดและระบบทางเดินหายใจได้ จึงทำให้ในผู้ป่วยรายนี้เกิดปอดอักเสบ ดังนั้นเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจึงจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และใส่อุปกรณ์ป้องกันในเรื่องของการฉีดยาในสวนอย่างเคร่งครัด เพราะถ้าผู้ป่วยขาดการตระหนักในการดูแลตนเอง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการกลับมาเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำได้

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พัฒนาศักยภาพพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในผู้ใหญ่ โดยมีการทบทวน และปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ เพื่อให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบไปในแนวทางเดียวกัน และทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9.2 จัดทำเอกสารคู่มือเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบแก่ผู้ป่วยและญาติ

9.3 จัดทำการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอักเสบแก่ผู้ป่วยและญาติ

9.4 ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ กับแนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

9.5 ประสานงานสหสาขาวิชาชีพในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

10. การเผยแพร่ผลงาน

-ไม่มี-

11. สัดส่วนของผู้ขอประเมิน

ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาววารินทร์ จุนเจริญ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....วารินทร์ จุนเจริญ.....

(นางสาววารินทร์ จุนเจริญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) .....1 1 ก.ย. 2568.....

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววารินทร์ จุนเจริญ	วารินทร์ จุนเจริญ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ประภัสสร เจริญนาม

(นางประภัสสร เจริญนาม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) 11 ก.ย. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายชัชวาล โภโค)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว

(วันที่) 11 ก.ย. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง คิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน

2. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดทำให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลง เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย พบได้บ่อยในทุกเพศและทุกวัย มีโอกาสพบได้มากขึ้นในบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกันเป็นเวลานาน ร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจ และนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคปอดอักเสบเกิดได้จาก 2 สาเหตุหลัก คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ ซึ่งพบได้เป็นส่วนใหญ่ และปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ ผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงและความรุนแรงของโรคในลักษณะแตกต่างกัน จากรายงานสถานการณ์การเสียชีวิตของประชากรโลกด้วยโรคปอดอักเสบในปี 2019 โดยองค์การอนามัย โลก.(World Health Organization :WHO) พบว่าประชากรเสียชีวิตจากโรคนี้จำนวน 2.6 ล้านคน จัดเป็น 1 ใน 10 อันดับของสาเหตุการเสียชีวิต (WHO, 2019) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากกรมควบคุมโรคปี 2565 พบผู้ป่วยปอดอักเสบ 179,211 คน เสียชีวิต 176 ราย ปี 2566 พบผู้ป่วยปอดอักเสบ 506,631 คน เสียชีวิต 239 ราย ซึ่งมีแนวโน้มพิ่มขึ้น และพบการรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบ ตลอดทั้งปีโดยเฉลี่ยเดือนละ 20,000 ราย โรคปอดอักเสบจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุข เป็นโรคที่พบได้บ่อย และมีการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบพบได้ร้อยละ 5-15 ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล และ พบได้ร้อยละ 30-50 ในผู้ที่รักษาในหอผู้ป่วยหนัก

ในโรงพยาบาลสอยดาวมีผู้ป่วยปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวน 332, 361 และ 385 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยปอดอักเสบกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวน 15, 21 และ 28 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ

ทางผู้จัดทำจึงได้จัดทำ คิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน ซึ่งเป็นสื่อออนไลน์สำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยใช้การเข้าถึงผ่านระบบโปรแกรมไลน์ในสมาร์ทโฟน ซึ่งสามารถเข้าถึงได้รวดเร็ว ไม่สูญหาย ลดการใช้กระดาษ และสามารถพกพาได้สะดวก นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติยังสามารถนำกลับบ้านเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้อีกด้วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากสถิติรายงานและความสำคัญดังกล่าวรวมถึงกรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในผู้ใหญ่ พบปัญหาผู้ป่วยและญาติมีความรู้ไม่เพียงพอ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งส่งผลให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิต ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดพัฒนา การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยปอดอักเสบในผู้ใหญ่ โดยมีพยาบาลเป็นผู้สอน และผู้ประเมินผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดท่านอน

วิธีการระบายเสมหะ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้จัดจึงได้มีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบให้มีคุณภาพ และประสิทภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น

ทางผู้จัดทำจึงมีการสร้างคิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน โดยสามารถเข้าใช้งานได้ผ่านระบบโปรแกรมไลน์ในสมาร์ทโฟน ซึ่งสามารถเข้าถึงได้สะดวกและรวดเร็ว ไม่สูญหาย ลดการใช้กระดาษ และสามารถพกพาได้สะดวก และยังเป็นการตอบสนองการพัฒนานวัตกรรมในหน่วยงานตามนโยบายปฏิรูปเทคโนโลยีและสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข

3.2 วัตถุประสงค์

3.2.1 เพื่อสร้างคิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน

3.2.2 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 ระยะเวลาดำเนินการ

มกราคม 2568 ถึง ธันวาคม 2568 (ตามผังควบคุมและดำเนินงานปฏิบัติงาน)

ผังควบคุมและดำเนินการปฏิบัติงานคิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรม	เดือน											
	ม.ค. 68	ก.พ. 68	มี.ค. 68	เม.ย. 68	พ.ค. 68	มิ.ย. 68	ก.ค. 68	ส.ค. 68	ก.ย. 68	ต.ค. 68	พ.ย. 68	ธ.ค. 68
1.ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ	←	→										
2.ประชุมร่วมกับทีมในหน่วยงานเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน			↔									
3.ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กายภาพ ทีมเยี่ยมบ้าน			←	→								

กิจกรรม	เดือน											
	ม.ค. 68	ก.พ. 68	มี.ค. 68	เม.ย. 68	พ.ค. 68	มิ.ย. 68	ก.ค. 68	ส.ค. 68	ก.ย. 68	ต.ค. 68	พ.ย. 68	ธ.ค. 68
4.จัดทำเอกสารความรู้ผ่านโปรแกรม Canva					←	→						
5.สร้างคิวอาร์โค้ดผ่าน website MyQR CODE						↔						
6.นำคิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้านมาใช้กับผู้ป่วยและญาติ							←	—	—	→		
7.ประเมินการใช้คิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้านของผู้ป่วยและญาติ											↔	

3.4 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสอยดาว

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

3.5.1 ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักสบ

3.5.2 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา งานวิจัย บทความวิชาการ จากห้องสมุดและเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง

3.5.3 ประชุมร่วมกับทีมในหน่วยงาน เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน

3.5.4 ดำเนินการตามขั้นตอน

1) จัดทำเอกสารความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน ผ่านโปรแกรม Canva

2) จัดทำคิวอาร์โค้ดสำหรับเข้าถึงโดยใช้ลิงค์ข้อมูลที่สร้างขึ้น

3) ทดลองใช้คิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน

3.5.5 ประเมินผลหลังการใช้คิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 หน่วยงานมีคิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน

4.2 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 มีคิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้าน และสามารถใช้งานได้

5.2 ผู้ป่วยและญาติใช้คิวอาร์โค้ดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....

(นางสาววารินทร์ จุนเจริญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ..... 11 ก.ย. 2568 .....

ผู้ขอประเมิน