

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์  
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเนื้องอกทวารหนัก
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

เสนอโดย

นางสาวรัศมี หาญอาสา

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.650)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักงานแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเนื้องอกทวารหนัก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2550 ถึงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ หมายถึง โรคที่เกิดจากการแบ่งตัวและเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์ภายในลำไส้ใหญ่จนกลายเป็นก้อนที่มีลักษณะและขนาดที่ผิดปกติแล้วกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง จะมีลักษณะเป็นเซลล์มะเร็งชนิดอะดิโนคาร์ซิโนมา (adenocarcinoma)

ลำไส้ใหญ่ เป็นอวัยวะที่อยู่ในระบบทางเดินอาหาร ลำไส้ใหญ่ของคนมีความยาวประมาณ 1.5 เมตร เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6 เซนติเมตร แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. ส่วนกะเปาะลำไส้ใหญ่ (cecum) เป็นลำไส้ใหญ่ส่วนแรก ต่อจากลำไส้เล็กส่วนไอเลียมทำหน้าที่รับกากอาหารจากลำไส้เล็ก ที่กะเปาะลำไส้ใหญ่มีส่วนของไส้ติ่ง (vermiform appendix) ขึ้นออกมา
2. ส่วนโคลอน (colon) เป็นลำไส้ใหญ่ส่วนที่ยาวที่สุดประกอบด้วยลำไส้ใหญ่ขวา ลำไส้ใหญ่กลาง และลำไส้ใหญ่ซ้าย มีหน้าที่ดูดซึมน้ำและพวกวิตามินบี12 ที่แบคทีเรียในลำไส้ใหญ่สร้างขึ้น และขับกากอาหารเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ส่วนต่อไป
3. ส่วนลำไส้ตรง(rectum) เมื่อกากอาหารเข้าสู่ลำไส้ตรงจะรู้สึกอยากถ่าย เพราะความดันในลำไส้ตรงเพิ่มขึ้นเป็นผลทำให้กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักด้านใน ซึ่งทำงานนอกอำนาจจิตใจเปิดออกแต่กล้ามเนื้อ หูรูดที่ทวารหนักด้านนอกเปิดออกเมื่อร่างกายต้องการ ทำให้เกิดการถ่ายอุจจาระออกทางทวารหนัก (anus)

### พยาธิสภาพ

ลำไส้ใหญ่แบ่งเป็น 2 ส่วนหลักคือ ลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องหรือโคลอน กับลำไส้ใหญ่ ส่วนที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานหรือเรกตัม มะเร็งสามารถเกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุกๆส่วน ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่ของทั้ง 2 ส่วนมีลักษณะโรคและวิธีการรักษาแตกต่างกันบ้าง แต่สาเหตุการตรวจวินิจฉัยและระยะโรคคล้ายคลึงกัน มะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์เกิดสูงในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งคนไทยเริ่มมีพฤติกรรม การใช้ชีวิตและบริโภคอาหาร แบบชาวตะวันตกเช่น การดื่มสุราและสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารที่มีกากน้อย เป็นต้น ทำให้อัตราการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นและพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 จากโรคมะเร็งในประเทศไทย

สาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่ได้ข้อสรุปชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่

1. พันธุกรรม ทั้งชนิดพันธุกรรมที่ถ่ายทอดและพันธุกรรมที่ไม่ถ่ายทอด ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของลำไส้ใหญ่หรือเกิดเป็นก้อนเนื้อ โพลีป (polyp) ของลำไส้ใหญ่
2. ผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไปจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่
3. อาหารบางชนิดวิจัยพบว่าการรับประทานอาหารไขมันสูงหรืออาหารที่เส้นใยอาหารน้อย ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่า

#### อาการและอาการแสดง

1. ท้องผูกสลับท้องเสียอย่างไม่เคยเป็นมาก่อนหรือมีความรู้สึกว่าอุจจาระไม่สุด
2. อุจจาระเป็นมูกเลือด เป็นเลือดสดหรือสีดำคล้ายสีถ่าน
3. ปวดเบ่งเวลาถ่ายอุจจาระหรือมีการเปลี่ยนแปลงนิสัยการขับถ่ายที่ผิดปกติ

#### วิธีการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่

1. การผ่าตัด ( surgery ) การรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ใหญ่คือ การผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองออกไป ในบางครั้งถ้าเป็นมะเร็งที่ลุกลามมาก หรือมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่อยู่ติดกับทวารหนัก การผ่าตัดอาจมีความจำเป็นต้องทำทวารเทียมเอาปลายลำไส้ส่วนที่เหลืออยู่เปิดออกทางหน้าท้องเป็นทางให้อุจจาระออก โดยแบ่งตามตำแหน่งของการตัดต่อส่วนของลำไส้ใหญ่ ดังต่อไปนี้

1.1 การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านขวา ( right hemicolectomy ) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้นและส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางออกไปแล้วต่อส่วนปลายของลำไส้เล็กเข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางที่เหลืออยู่

1.2 การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ( left hemicolectomy ) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขาลง เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงและส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางออกไป แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางที่เหลืออยู่เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวหรือลำไส้ใหญ่ ส่วนตรง

1.3 การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยว ( sigmoidectomy ) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยว เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวออก แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงที่เหลืออยู่เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนตรง

1.4 การผ่าตัดลำไส้ตรงออกทั้งหมดและเปิดรูระบายอุจจาระทางส่วนหน้าท้อง ( bdomino-peritoneal resection) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงซิดรูทวาร เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงพร้อมก้อนเนื้องอกออกไป โดยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการตัดทาลายกล้ามเนื้อหูรูดของ รูทวารหนักได้ จึงต้องนำส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงหรือลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวเปิดออกเป็นรูระบายอุจจาระทางหน้าท้องอย่างถาวรตลอดไป ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับคำอธิบายถึงความจำเป็นดังกล่าว

2. รังสีรักษา เป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัด อาจฉายรังสีก่อนหรือหลังการผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นกับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เป็นรายๆไป โดยแพทย์จะประเมินจากลักษณะการลุกลามของก้อนมะเร็งและโอกาสการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองโดยทั่วไปการฉายรังสีรักษามักใช้ระยะเวลาประมาณ5-6สัปดาห์ โดยฉายวันละ 1 ครั้ง ฉายติดต่อกัน 5 วันใน 1 สัปดาห์หรือหยุดตามวันราชการและวันเสาร์-อาทิตย์ เป็นต้น

3. เคมีบำบัด คือการให้ยาสารเคมี ซึ่งอาจให้ก่อนการผ่าตัดและหรือหลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษาหรือไม่ก็ได้ การใช้เคมีบำบัดจะขึ้นกับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ไม่จำเป็นต้องให้ในผู้ป่วยทุกราย แพทย์จะพิจารณาเป็นรายๆไป ภายหลังรักษาครบตามกระบวนการแล้วแพทย์จะนัดตรวจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยควรมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอและควรนำญาติสายตรงหรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมาด้วยจะได้ร่วมปรึกษาการดูแลกับผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสม

### การพยาบาล

#### การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

##### 1. การเตรียมด้านร่างกาย

1.1 การเตรียมร่างกาย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การโกนขนที่หน้าท้องและหัว-หน้า การให้ยาระบายเพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่ขับถ่ายของเสียเพื่อชะล้างเศษอาหารออกไปจากลำไส้ใหญ่ให้ได้มากที่สุด เพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการรับความรู้สึกทั่วร่างกายได้แก่การงดน้ำและงดอาหารเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

1.2 เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการถ่ายภาพรังสี

1.3 ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายระบายสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา

##### 2. การเตรียมทางด้านจิตใจ

2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาหรือข้อข้องใจต่างๆ

2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด เช่นการมีแผลผ่าตัดที่บริเวณกลางหน้าท้อง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายระบายกระเพาะอาหารและความรู้สึกปวดแผล เป็นต้น

2.3 ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด เช่น การพลิกตะแคงตัว การบริหารปอดโดยหายใจเข้าออกยาวๆลึกๆ การไอเอาเสมหะออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ

### การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การตกเลือด พบได้บ่อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ ได้แก่ การประเมินภาวะซีดโดยวัดสัญญาณชีพและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการเริ่มแรกของการตกเลือด สังเกตสีและสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล สีและปริมาณ gastric content ประเมินระดับความรู้สึกตัวและภาวะซีดของผู้ป่วย

2. อาการปวดแผล ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง จัดให้ผู้ป่วยนอนท่า fowler's position เพื่อให้หน้าท้องหย่อนลดอาการตึงของช่องท้อง ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

3. สูญเสียน้ำและเกลือแร่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสูญเสียน้ำและเกลือแร่ทาง gastric content จึงต้องเฝ้าระวังอาการขาดสารน้ำและเกลือแร่ เช่น ปากแห้ง ผิวหนังขาดความตึงตัวอ่อนเพลียคลื่นไส้อาเจียน ซิพจรเบาเร็วต้องตรวจวัดสัญญาณชีพให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยปรับเปลี่ยนชนิดและอัตราการไหลตามแผนการรักษา จดบันทึกและประเมินความสมดุลของจำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยจะได้รับและจำนวนน้ำที่ออกจากร่างกายในแต่ละเวรรวมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อิเล็กโทรลัยท์ ตรวจปัสสาวะ

4. การติดเชื้อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ อาจมีการติดเชื้อในช่องท้อง เพราะบริเวณนี้มีแบคทีเรียอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก สามารถซึมผ่านลำไส้เข้าช่องท้องและกระแสเลือด รวมถึงการติดเชื้อแผลผ่าตัดให้การพยาบาลโดยตรวจวัดสัญญาณชีพประเมินอาการปวดกดเจ็บในช่องท้อง การปวด บวม แดงร้อนมีสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลผ่าตัดดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

5. มีการสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป การพยาบาลผู้ป่วยที่มี colostomy ประเมินการแสดงออกทั้งพฤติกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมการแต่งตัวให้สวยงาม และการปิดรูเปิดให้มีชีวิตสอนการสังเกตบริเวณรูเปิดลำไส้ต้องมีสีชมพู สอนสาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกทำความสะอาดรอบรูเปิดโดยใช้น้ำสบู่และน้ำสะอาด แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ งดอาหารรสจัด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากแข็ง

### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

#### สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อนเนื่องจากลักษณะของโรคที่กระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรมีความชำนาญเฉพาะด้านในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทุกระยะของโรค ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการของโรคและผลของโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัวมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเป็นเนื้องอกร้ายที่พบได้บ่อยในประเทศไทย และถือเป็นความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่พบได้บ่อยทางศัลยกรรมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ดังนั้นผู้ป่วย

จึงควรได้รับการวินิจฉัยปัญหาอย่างละเอียดและถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันทีและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพร้อมทั้งช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัย

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการจากตำราเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา
2. เลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ส่วนปลายโดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรคซึ่งจะพบได้บ่อยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโดยกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2550 ขณะอยู่ในโรงพยาบาลได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำเลือด เกล็ดเลือด การผ่าตัดซ่อมแซม การใส่ท่อหลอดลมคอโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด ยาเคลือบแผลและยาลดกรดในกระเพาะอาหาร สามารถถอดท่อหลอดลมคอได้ รวมระยะเวลาผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลนาน 16 วัน
3. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมเรียบเรียงจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและถูกต้องของผลงาน
4. แก้ไขและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
5. นำเสนอผลงานตามลำดับต่อไป

#### 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

#### 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี สถานะภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร มาโรงพยาบาลเนื่องจาก 5-6 เดือนก่อน มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดวันละประมาณ 2-3 ครั้ง ไม่มีอาการปวดท้อง รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัมและ 2 สัปดาห์ก่อนมาพบแพทย์ ได้ส่งตรวจโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) และนำชิ้นเนื้อออกมาตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย แพทย์จึงนัดมาโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 HN 43852/50 AN 2702/50 แพทย์รับผู้ป่วยรักษาเพื่อดูแลอาการอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่องไม่มีอาการปวดท้อง ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตวัดที่แขน 150/80 - 160/100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ชักประวัติการเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวผลตรวจเอกซเรย์ปอดปกติ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ผลปกติ แพทย์วางแผนผ่าตัด วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ระหว่างรอการผ่าตัดแพทย์ให้รับประทานอาหารอ่อนได้

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 เวลา 16.30 นาฬิกา รับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดหลังได้รับการผ่าตัด (explor lap : low anterior resection with Hartmann operation) ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (epidural catheter) สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 850 มิลลิลิตร ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 3,300 มิลลิลิตร ได้เลือด 450 มิลลิลิตร วัดความดันโลหิตที่แขนได้ 180/110 มิลลิเมตรปรอท วิสัญญีแพทย์ให้ยาลดความดันโลหิตอะดาแลท (adalat) 5 มิลลิกรัม หยอดทางจมูก หลังได้รับยาความดันโลหิตลดลงเหลือ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกดีมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ก่อนย้ายมาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและหายใจดีไม่มีหอบเหนื่อย สามารถถอดท่อหลอดลมคอออกได้ หลังรับย้ายจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาเอง ทำตามสั่งได้ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ติดตามค่าความเข้มข้นเลือดเท่ากับ 37 vol% คูแลให้ได้รับสารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สังเกตอาการของอาการตกเลือดและช็อคจากการเสียเลือด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย ผิวเย็นชื้นเหงื่อออกมาก ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง คูแลจัดทำนอนหงายราบเพื่อช่วยการไหลเวียนของหลอดเลือดดำกลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้น คูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag อัตราไหล 10 ลิตรต่อนาที ความดันโลหิตวัดที่แขน 150/80 -160/100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90-100 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 วัดอุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะเหลืองใสไม่มีตะกอน ปริมาณในถุง 100 มิลลิลิตร เวลา 18.00 นาฬิกา ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากมีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ PT 14.6 ( ค่าปกติ 9.9-12.7sec ) PTT 31.9 ( ค่าปกติ 22.4-31.6 sec ) INR 1.29 คูแลให้ได้รับ fresh frozen plasma 800 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ สังเกตภาวะเลือดออกง่ายไม่พบจุดเลือดออก ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เวลา 20.00 นาฬิกา ผู้ป่วยมีสีหน้าเจ็บปวดระดับคะแนนปวดได้ 10 คะแนน ประเมินอาการปวดแผลทุก 1 ชั่วโมง คูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวด 0.1% marcain 10 มิลลิกรัม และ morphine 2 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 100 มิลลิลิตรทาง epidural catheter โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำ อัตราการไหล 8 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 21.00 นาฬิกา วัดระดับความเจ็บปวดหลังได้รับยาเท่ากับ 5 คะแนน งดน้ำและอาหารทางปากใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางจมูกต่อกับเครื่องดูดสุญญากาศแพทย์ให้ยาป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร รานิทิดีน 50 มิลลิกรัม นิดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง

วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 เวลา 10.00 นาฬิกา เชื่อมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีทำตามสั่งได้ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคโดยประเมินจากสัญญาณชีพ จากการวัดอุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตวัดที่แขน 140/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว ร้อยละ 100 ผู้ป่วยหายใจเองโดยใช้ออกซิเจน canula อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที คูแลให้นั่งศีรษะสูง 45-60 องศา พร้อมทั้งแนะนำการบริหารปอด

โดยการหายใจเข้าออกยาวๆ ลึก ๆ และไอเอาเสมหะออก หลังอธิบายผู้ป่วยสามารถทำได้ ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง ด้านซ้ายมีท่อระบาย เพ็นโรสขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 เซนติเมตร จำนวน 1 สาย ครอบด้วยถุงรองรับพลาสติกใสปลายปิด มีของเหลวสีน้ำตาลใส ปริมาณ 100 มิลลิลิตร ถ้าใส่เปิดทางหน้าท้องไม่มีของเสียออกมา ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 30 vol% แพทย์ตรวจเย็บให้เลือด 500 มิลลิลิตร ขณะให้เลือดไม่มีอาการแพ้เลือดหนาวสั่น อาการปวดแผลทูลาดลง วัดระดับความเจ็บปวดได้ 5 คะแนน เวลา 10.00 นาฬิกา ลดยาบรรเทาปวด 0.1% marcain 10 มิลลิกรัม และ morphine 2 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ให้ทาง epidural catheter จาก 8 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็น 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลสังเกตอาการข้างเคียงของยา ดังนี้ ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ระดับความรู้สึกตัว ค่าอัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำ ถ้าผู้ป่วยซึมลง ประสาทหลอน รายงานแพทย์ให้รับทราบ การแก้ไขเบื้องต้นหยุดให้ยา morphine ทั้งนี้ผู้ป่วยมีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล โพแทสเซียมในเลือดต่ำ 2.1 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/l) ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ผสมกับ โพแทสเซียมคลอไรด์ (kcl) 20 mEq ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สังเกตผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว สังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจหัวใจเต้นปกติ บันทึกปริมาณปัสสาวะออกน้อย 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ให้ยาขับปัสสาวะ (lasix) 20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงได้ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์ จึงให้ความรู้และพัฒนาในการดูแล colostomy เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกสอทนการสังเกตบริเวณรูเปิด ส่วนของลำไส้ต้องมีสีชมพู แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากแข็ง สอนสาธิตให้ผู้ป่วยฝึกทำความสะอาดรอบรูเปิด โดยใช้สบู่และน้ำสะอาดทำความสะอาด ส่งเสริมการแต่งตัวให้สวยงาม และการปิดรูเปิดให้มิดชิด

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 เวลา 10.00 นาฬิกา เชี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามสั่งได้ หายใจเองโดยใช้ออกซิเจน canula อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที วัดอุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-70 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตวัดที่แขน 140/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วร้อยละ 98-100 แผลผ่าตัดตรงกลางหน้าท้องแห้งดี ท่อระบายมีของเหลวสีน้ำตาลใส ปริมาณ 80 มิลลิลิตร ถ้าใส่เปิดทางหน้าท้องไม่มีของเสียออกมา ดูแลทำความสะอาดแผล ประเมินภาวะติดเชื้อ ไม่มีอาการบวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ติดตามค่าความเข้มข้นเลือดได้ 33 vol% อาการปวดทูลาดลง วัดระดับความเจ็บปวดได้ 3 คะแนนลดยาบรรเทาปวด 0.1% marcain 10 มิลลิกรัมและ morphine 2 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำ อัตราการไหลจาก 6 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง เป็น 4 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ภาวะเกลือแร่ในร่างกายยังไม่สมดุล ดูแลให้สารน้ำ 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร



ผสมกับโพแทสเซียมคลอไรด์ 40 mEq ทางหลอดเลือดดำ โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำ อัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปัสสาวะยังคงออกน้อย บันทึกปริมาณปัสสาวะได้ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ให้สังเกตอาการและให้เริ่มรับประทานอาหารเหลวได้ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยไปพักผ่อนที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยรวมระยะเวลา ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเป็นเวลา 3 วัน ส่งต่อปัญหาการดูแลต่อเนื่อง ให้พยาบาลหอผู้ป่วยรับทราบเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง

สรุปการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ติศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง หายใจเองได้ดีไม่ใช้ออกซิเจนไม่เหนื่อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันบางส่วนด้วยตัวเองได้ ปวดแผลบางครั้ง ได้รับยาแก้ปวดน้อยลง สีหน้าแจ่มใส แผลหน้าท้องแห้งไม่มีเลือดซึม แผลรูระบายมีน้ำในช่องท้องออกน้อยลง แพทย์จึงนำสายระบายออกหลังนำสายระบายออกแผลซึมเล็กน้อย ระบุเปิดลำไส้ทางหน้าท้องปิดถุงไว้มีอุจจาระออกมาเล็กน้อย แพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ วันที่ 1 มีนาคม 2550 เวลา 14.00 น. แพทย์ให้นำสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง เวลา 16.00 น. ปริมาณ 300 มิลลิลิตร พยาบาลได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านและการดูแล colostomy และการมาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด แผลรูระบาย และการดูแลระบุเปิดลำไส้ทางหน้าท้องแล้วเข้าใจดี ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี แพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ในวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2550 รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมด 16 วัน

## 7. ผลสำเร็จของงาน

จากการประเมินผู้ป่วยแรกที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากเสียเลือดมากและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก้ไขโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้เลือด เกร็ดเลือด และยาเพื่อเพิ่มการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลโดยการประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุกชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่จึงเปลี่ยนเป็นทุก 2 ชั่วโมง รวมทั้งบันทึกสารน้ำเข้าออก และประเมินภาวะเลือดออกง่ายไม่พบมีจุดเลือดออก ผู้ป่วยหลังได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดแล้ว ประเมินผลความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 37 vol% ผู้ป่วยมีปัญหาไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยการประเมินความเจ็บปวดและให้ยาลดปวด จนผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดและสุขสบายมากขึ้น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและ colostomy ให้การพยาบาล โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อทำความสะอาดแผลผ่าตัดหน้าท้องวันละครั้ง ส่วนแผล colostomy ทำเมื่อมี สิ่งคัดหลั่งในถุง ประมาณ 1/2 หรือ 1/3 ของถุงหรือเมื่อถุงรั่วสังเกตลักษณะแผลผ่าตัดหน้าท้องและแผล colostomy ไม่มีบวมแดงสัญญาณชีพปกติดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยมีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล

ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้สารน้ำทดแทนในอัตราที่กำหนด ดูแลให้ผู้ป่วยได้เจาะเลือดเพื่อหาค่าอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา จัดบันทึกจำนวนน้ำเข้าและน้ำออกในแต่ละวัน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์ ผู้ป่วยมี colostomy อารมณ์วิตกกังวล กลัวนอนไม่หลับ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสภาวะของโรคและแผนการรักษาพยาบาลรวมทั้งความจำเป็นที่ต้องมี colostomy เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการดูแล colostomy ที่บ้าน และการมาตรวจตามแพทย์นัด

สรุปการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัด สามารถย้ายไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 เวลา 14.00น. รวมเวลารักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 3 วัน ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2553 เวลา 13.00 น.รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 16 วัน

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ได้รับการผ่าตัดสำรวจช่องท้องตัดลำไส้ใหญ่ข้างซ้ายออก และทำ colostomy เป็นการผ่าตัดขนาดใหญ่ หลังผ่าตัดต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากบุคคลที่เคยถ่ายอุจจาระเป็นปกติทางทวารหนัก มาเป็นบุคคลที่มีรูเปิดของลำไส้ใหญ่ เพื่อให้มีการถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้อง และไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ ผู้ป่วยมี colostomy เกิดความกลัววิตกกังวลมีภาวะเครียด ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการดูแล colostomy จัดหาเอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มี colostomy ให้ผู้ป่วยและญาติ และเปิดโอกาสให้ซักถามให้พูดคุยกับผู้ที่สามารถปรับตัวได้ หรือเข้ากลุ่มที่มี colostomy เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำ จากการใช้ความรู้ผู้ป่วยรู้สึกเชื่อมั่นและวางใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ผู้ป่วยเข้าสังคมได้เหมือนคนปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล พุดคุยซักถามข้อสงสัยและให้ความร่วมมือดีขึ้น และสามารถย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้

## 10. ข้อเสนอแนะ

1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเบื้องต้นและการปฏิบัติตัวแก่ ประชาชนทั่วไป เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคโดยจัดทำแผ่นพับแจก
2. พยาบาลผู้ดูแลควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิทยาการใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ถูกต้องและปลอดภัยมากที่สุด

3. ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และจัดให้มีการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ รัตณี หาดอาษา

(นางสาวรัตณี หาดอาษา)

ผู้ขอรับการประเมิน

21 / 11 / 2553

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ [Signature]

(นางสาวนิลาวรรณ มัชชาอนนท์)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

21 / 11 / 2553

ลงชื่อ [Signature]

(นายสุขสันต์ กิตติสุภกร)

รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์  
รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

21 / 11 / 2553

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน  
ในช่วงเวลาดังกล่าวคือ นายแพทย์สรายุติ สนธิแก้ว  
ปัจจุบันได้รับแต่งตั้งไปดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ  
สำนักงานแพทย์

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวรัศมี หาญอาษา**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.650) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด

**หลักการและเหตุผล**

การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอโดยไม่ได้วางแผน เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ในภาวะวิกฤติที่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอโดยไม่ได้วางแผนทำให้เกิดผลเสียหลายด้าน ได้แก่ ทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจนส่งผลทำให้สมองบวม ทำให้ความดันในกระโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการสูดสำลักขณะดึงท่อช่วยหายใจ ทำให้ความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจหลังจากใส่ท่อหลอดลมคอใหม่เป็นไปได้ช้า ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งญาติ อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากการใส่ท่อหลอดลมคอนาน จากสถิติที่เก็บรวบรวมมาในปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ 320 ราย จำนวนวันใส่ท่อหลอดลมคอ 1,922 วัน จำนวนผู้ป่วยดึงท่อหลอดลมคอ 36 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อหลอดลมคอแล้วต้องใส่ใหม่ มี 10 ราย คิดเป็น 5.20 ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) เท่ากับ 7.28 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจในปีพ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ 303 ราย จำนวนวันใส่ท่อหลอดลมคอ 1,437 วันจำนวนผู้ป่วยดึงท่อหลอดลมคอ 31 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อหลอดลมคอแล้วต้องใส่ใหม่มี 12 ราย คิดเป็น 8.35 ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) เท่ากับ 4.17 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจในปีพ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ 263 ราย จำนวนวันใส่ท่อหลอดลมคอ 1,740 วันจำนวนผู้ป่วยดึงท่อหลอดลมคอ 20 รายจำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อหลอดลมคอแล้วต้องใส่ใหม่ มี 7 ราย คิดเป็น 4.02 ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) เท่ากับ 1.15 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ จากสถิติจะพบว่า การดึงท่อหลอดลมคามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปัญหาที่พบนี้ จึงได้นำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ weaning ventilator record เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการถอดท่อหลอดลมคอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย**

1. เพื่อให้การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอลดลง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ลดลง

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การใส่ท่อหลอดลมคอ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพแต่ละโรค ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรู้สึกสบาย นอกจากนี้ยังเป็นการติดตามการดำเนินโรค ประสิทธิภาพการรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด การใส่ท่อหลอดลมคอ นอกจากจะเป็นการใส่เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วยในขณะเดียวกันยังมีภาวะแทรกซ้อนและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่พบได้บ่อย เช่น เกิดแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ความไม่สุขสบายจากการคาท่อหลอดลมคอ ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร การรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหวต่างๆ ถูกจำกัด เป็นต้น วิธีการที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเหล่านี้คือ การเอาท่อหลอดลมค้อออกให้เร็วที่สุด โดยมีการวางแผนประเมินประสิทธิภาพของการหายใจ ระบบการไหลเวียนเลือดให้อยู่ในสภาวะที่พร้อมจึงเอาท่อหลอดลมค้อออกให้ผู้ป่วย แต่พบว่าบ่อยครั้งที่ท่อหลอดลมค้อถูกดึงออกโดยผู้ป่วยหรือเลื่อนหลุดโดยไม่มีการวางแผน ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิตและการที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเองนั้นเป็นดัชนี บ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาล ดังนั้น ผู้ศึกษาได้สังเกตเห็นถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงได้ศึกษาข้อมูลและจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอโดยไม่ได้อาแผน

อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอเป็นอุบัติการณ์ที่พบบ่อยในหน่วยงานวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้น พยาบาลหน่วยงานวิกฤต ควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด โดยมีขั้นตอนดังนี้

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขอความเห็นชอบจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ
2. ประชุมสมาชิกในหอผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ
3. สร้างแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย ใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
4. จัดเตรียมข้อมูลแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดและการสร้างนวัตกรรมป้องกันการดึงท่อหลอดลมคอ
5. ทดลองใช้แนวทางปฏิบัติและนวัตกรรม
6. ประเมินผลการใช้นวัตกรรมและนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการให้การพยาบาล

#### แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ

1. แรกรับเวรพยาบาลเจ้าของไข้ Orientation ผู้ป่วยและญาติ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเหตุผลและความจำเป็นในการใส่ท่อหลอดลมคอ

2. ภายหลังใส่ท่อหลอดลมคอใน 24 ชั่วโมงแรกให้เฟียร์วางผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุก 15-30 นาที หรือจัดให้มีผู้ดูแลข้างเตียงตลอดเวลาหรือผูกมัดผู้ป่วยถ้าจำเป็น
3. ประเมินระดับความรู้สึกตัวด้วย Glasgow coma score แลกรับเวอร์ ถ้าคะแนนน้อยกว่า 10 เพิ่มความถี่ในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยข้างเตียง หรือผูกมัดผู้ป่วยถ้าจำเป็น
4. ประเมินลักษณะการหายใจทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าหายใจผิดปกติ เช่น หอบเหนื่อย หายใจด้าน เครื่องให้หาสาเหตุ แก้ไข รายงานแพทย์
5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดทำอนศิระสูงมากกว่า 30 องศาตลอดเวลา
6. เพิ่มการเฟียร์วางดูแลอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่ไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย
7. ผู้ป่วยที่มีภาวะ acute respiratory distress syndrome hypoxia agitate หรือ confuse ให้ผูกมัดผู้ป่วย และรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้ยา sedative และประเมินผู้ป่วยซ้ำหลังได้รับยา
8. ทำเครื่องหมายระดับความลึกของท่อช่วยหายใจไว้ทุกครั้งหลังการใส่ท่อหลอดลมคอทั้งทางปากและทางจมูก พร้อมประเมินตำแหน่งของท่อหลอดลมคอทุกเวร และผูกมัดท่อหลอดลมคอด้วยเชือกกับศิระของผู้ป่วย ระวังท่อคั้งรั้งที่มุมปาก
9. ในกรณีท่อช่วยหายใจยาวเกินไป ให้ตัดปลายท่อช่วยหายใจออกเหลือห่างจากมุมปาก 2 นิ้ว
10. วัด cuff pressure ทุก 8 ชั่วโมง keep cuff pressure 20-25 mmHg
11. ทุกครั้งที่ให้การพยาบาล ดูแลไม่ให้สายและท่อหลอดลมคอดึงรั้ง
12. ในกรณีผู้ป่วยกระสับกระส่ายหรือคั้งมาก จับผู้ป่วยนอนราบใช้ผ้าคาดอกผู้ป่วยให้นอนติดกับเตียง หรือใช้ “เสื้อสามารถ” ซึ่งเป็นเสื้อลักษณะแข็งทำให้ผู้ป่วยขยับแขนขาไม่ได้ และต้องขออนุญาตญาติผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายถึงความจำเป็นให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจก่อนทุกครั้ง
13. พิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด โดยใช้ weaning ventilator record (ตามเอกสารแนบ) ในการประเมินผู้ป่วยก่อนถอดท่อหลอดลมคอทุกครั้ง

#### วิธีการผูกมัดท่อหลอดลมคอ

1. ใช้พลาสติกติดท่อหลอดลมคอแบบ 4 มุม โดยความยาวของพลาสติกส่วนที่เหลือห่างจากท่อหลอดลมคอประมาณ 8 เซนติเมตร ดังรูปที่ 1
2. กรณีผู้ป่วยที่รู้สึกตัว มีอาการสับสนหรือมีน้ำลายมากให้ใช้เชือกผูกแบบ 4 มุม และใช้ที่รองปลอกปากกาสอดเชือกผูกไว้รองที่โอบุบนทั้ง 2 ข้าง ดังรูปที่ 2



รูปที่ 1



รูปที่ 2

### Weaning ventilator record

ชื่อ-สกุล.....HN.....Dx.....

วันที่ /	.....			.....			.....			.....		
	ด	ช	ป	ด	ช	ป	ด	ช	ป	ด	ช	ป
1. MODE VENTILATOR												
SIMV+PS												
CPAP+PS												
2. WEANINGASSESSMENT												
O <sub>2</sub> SAT > 95 %												
ETCO <sub>2</sub> 30-40 mmHg												
NORMAL ABG												
RR < 35 ครั้ง/นาที (or change<50%from baseline)												
HR<140 ครั้ง/นาที (or change<50%from baseline)												
BP<180/90 mmHg (or change <50%from baseline)												
GCS > 8												
TV > 7 ml/Kg												
MV < 10 L/min												
ICP < 20 mmHg												
Pressure cuff 20-25 mmHg												
3. RESPONSE												
EXTUBATION TUBE												
4. สาเหตุการ Re-intubation												
-ET. เลื่อนหลุด												
-Cord บวม												
- เกิด complication หลัง off ET												
ผู้ประเมิน												

หมายเหตุ     / = ทำได้                      X = ทำไม่ได้                      0 = ไม่ได้ทำ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ โดยไม่ได้วางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อัตราการเลื่อนหลุดลดลง
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอและอัตราเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ลดลง

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ

อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อ 1,000 วัน ใส่เครื่องช่วยหายใจ

ลงชื่อ อติส หาดอนา

(นางสาวรัศมี หาญอาษา)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒1 / ๓๑ / ๒๕๕๓