ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช.(ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
   เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแดงกี่ที่มีภาวะช็อก

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
   เรื่อง ลดอุบัติการณ์การเกิดแผลที่ปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจ

เสนอโดย

นางสาวศรีสมบูรณ์ หร่ายสกุล

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพร.158) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแดงกี่ที่มีภาวะช็อก

2. ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการ ระยะเวลา 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม 2552 ถึง วันที่ 9 ตุลาคม 2552)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคระบาดเกิดจากเชื้อไวรัสแดงกี่ (dengue virus) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการระบาดของโรคคือ ความเจริญของชุมชน การคมนาคม ภาวะโลกร้อน ความแปรปรวนของธรรมชาติ

สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสแดงกี่ โรคนี้ติดต่อโดยยุงลายเป็นพาหะ ระยะฟักตัวในยุงประมาณ 8-12วัน ระยะฟักตัวในคนประมาณ 5-8 วัน

พยาธิวิทยา เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อแล้ว เชื้อจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นในเลือดและอวัยวะต่างๆ เกิดภาวะไวรัสในเลือดเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีไข้ เมื่อเซลล์ที่มีเชื้อไวรัสอยู่ตายลงจะปล่อยสารบางชนิดออกมาทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยไม่สามารถเก็บน้ำและโปรตีนไว้ได้ ร่างกายเกิดปฏิกิริยาระหว่างเชื้อไวรัสไข้เลือดออกและแอนติบอดี เกิดอิมมูนคอมเพล็กซ์ไหลเวียนในกระแสเลือดและจับบนผิวลิมโฟซัยต์และเกล็ดเลือด ทำให้ระดับคอมพลีเมนต์ในเลือดต่ำลง เกิดการหลั่งสารฮีสตามีนทำให้ผนังหลอดเลือดยอมให้น้ำซึมผ่านได้มากขึ้น พลาสมารั่วออกนอกหลอดเลือดไปอยู่ตามช่องต่างๆในร่างกายที่ช่องเยื่อหุ้มปอดและช่องท้อง เกิดภาวะขาดเลือด ค่าความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น ผลจากการกระตุ้นคอมพลีเมนต์และโมโนซัยต์ ที่มีเชื้อไวรัสจะปล่อยสารโมโนไคน์และธรอมโปพลาสตินทำให้เลือดแข็งตัวเป็นลิ่มเลือดกระจายใน หลอดเลือด เกล็ดเลือดจะถูกนำไปใช้มากขึ้นเกล็ดเลือดลดลง ความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงใน 2 ระบบนี้

อาการและการแสดง

1. ระยะไข้สูง ไข้ขึ้นสูงเฉียบพลันเกิน 38.5 องศาเซลเซียส อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ไข้จะสูงลอย 2-7 วัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตาไข้แดงกี่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่มียุงเป็นพาหะ โรคนี้บางครั้งถูกเรียกว่า “break-bone fever” เพราะจะมีการปวดเมื่อยตามข้อและกล้ามเนื้อ ทำให้รู้สึกเหมือนกระดูกหัก เบื่ออาหาร อาเจียน อาจมีปวดท้อง ปวดใต้ชายโครงข้างขวา ในระยะที่มีตับโตหรือใกล้เวลาที่ ไข้ลด คลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 ทดสอบทูนิเกต์ให้ผลบวกตั้งแต่ 2-3วันแรกของโรค

2. ระยะวิกฤตหรือระยะท็อกซิก ช็อกและเลือดออก มีการรั่วของพลาสมานาน 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว เหงื่อออก ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ความดันชีพจรแคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ปวดท้องเฉียบพลัน ก่อนเข้าสู่ระยะช็อกหากไม่ได้รับการรักษา อาการช็อกจะรุนแรงขึ้น วัดความดันโลหิตไม่ได้ และมีการย้อนกลับของเลือดใน หลอดเลือดฝอยที่ผิวหนังนานกว่า 3 วินาที อาจมีเลือดออก ภาวะเลือดเป็นกรดและเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมง

3. ระยะฟื้นตัว พลาสมาไหลย้อนกลับ ความเข้มข้นของเลือดลดลงมาคงที่ ชีพจรเต้นช้าลงและแรงขึ้นความดันโลหิตปกติ ความดันชีพจรกว้าง ปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น อยากรับประทานอาหารมากขึ้น

ระยะนี้ใช้เวลา 2-3 วัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. เมื่อใกล้ระยะไข้ลดลงจะพบว่าเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติ และ PMNจะลดลงพร้อมๆ กับมีลิมโฟซัยท์สูงขึ้น และมี atypical lymphocyte

2. เกล็ดเลือดลดลง ต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลูกบาสก์-มิลลิเมตร ก่อนระยะไข้ลดลงและระยะช็อก

3. ระดับความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 20 % พร้อมๆกับเกล็ดเลือดลดลง หรือภายหลังเกล็ดเลือดลดลงแล้ว ค่าความเข้มข้นของเลือดที่สูงขึ้นจะค่อยๆ ลดลงสู่ระดับปกติในระยะฟื้นตัว

4. การแข็งตัวของเลือด ในระยะช็อกจะพบ prolonged partial thromboplastin time ได้

5. การทดสอบทูนิเกต์ให้ผลบวกในระยะไข้และระยะฟื้นตัว มากกว่าระยะช็อก

6. การตรวจไขกระดูก จำนวนเซลล์ของไขกระดูกอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือต่ำกว่าปกติ

7. การตรวจหน้าที่ของตับ พบว่าค่า SGOT แ ละ SGPT เพิ่มขึ้น ถ้าค่า SGOT และ SGPT สูงเกิน 200 U/I มีโอกาสเกิดภาวะตับวาย และภาวะตับวายที่เกิดขึ้นทำให้เนื้อเยื่อสมองเสื่อมได้

8. การตรวจอิเล็กโทรไลต์ ระดับโซเดียมและคลอไรด์ในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และกลับสู่ค่าปกติในระยะฟื้นตัว ในรายที่มีอาการรุนแรง ช็อกอยู่นานอาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้

9. ระดับโปรตีนในเลือดลดต่ำลง โดยเฉพาะอัลบูมินจะลดต่ำลงมากในรายที่มีอาการช็อก

10. ระดับการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงปกติในระยะไข้ และลดต่ำลงในช่วงระยะช็อก

11. ระบบภูมิคุ้มกัน คอมพลีเมนต์ C3 มักจะต่ำในระหว่างวันที่ 3-7 ของโรค

12. การตรวจภาพรังสีของปอดมักพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด และอาจมีน้ำในช่องท้องด้วย

การวินิจฉัยโรค พิจารณาจากอาการทางคลินิกร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการดังนี้

อาการทางคลินิก มีไข้แบบเฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน ผลการทดสอบทูนิเกต์ให้ผลบวก ร่วมกับมีอาการเลือดออกอื่นๆ เช่น จุดเลือดออกที่ผิวหนัง เลือดกำเดา อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ตับโต กดเจ็บ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตต่ำลงหรือมีภาวะช็อก

การพยาบาล แบ่งการพยาบาลตามระยะต่างๆ ดังนี้

ระยะไข้สูง วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ให้ยาลดไข้ เช็ดตัวลดไข้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ ให้รับประทานอาหารอ่อน ประเมินภาวะเลือดออก และอาการนำของภาวะช็อก ติดตามผลการตรวจนับเม็ดเลือด จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเต็มที่

ระยะวิกฤตหรือระยะช็อก ต้องประเมินการรู้สติอย่างใกล้ชิดวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15นาที - 1 ชั่วโมง ดูแลให้ออกซิเจน ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจนับเม็ดเลือด และการตรวจหาค่าความเข้มข้นของเลือด สังเกตอาการภาวะน้ำเกิน ระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ งดฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือทำหัตถการรุนแรง แนะนำไม่ให้

ผู้ป่วยแคะจมูก งดการแปรงฟัน ถ้าได้รับยาขับปัสสาวะ ต้องวัดสัญญาณชีพทุก15 นาทีและบันทึกจำนวนปัสสาวะทุกครั้ง จัดเตรียมเลือดและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

ระยะฟื้นตัว ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ออกซิเจน ประเมินภาวะน้ำเกินป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ หรือถ้ามีจุดเลือดออกใต้ผิวหนังและมีวงขาวๆ อยู่ระหว่างจุดเลือดออกและ มีอาการคัน ห้ามผู้ป่วยเกิดการกระทบกระเทือนบริเวณหน้าท้อง

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคระบาดที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ในประเทศไทยพบระบาดครั้งแรกที่กรุงเทพมหานคร พบได้ทุกภาคและทุกจังหวัด พ.ศ.2540 และพ.ศ.2541 อัตราป่วยตายสูงมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดให้มีโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ปี 2542-2543 ระหว่างที่มีการดำเนินการอย่างจริงจังจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างมาก ต่อมามีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกระทรวงสาธารณสุขจึงบรรจุโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศฉบับที่ 9 และดำเนินการให้เข้มงวดมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยจึงลดลงดังนั้นโรคไข้เลือดออกจึงเป็นโรคที่ต้องอาศัยการควบคุมป้องกันอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลจากบิดามารดาและเวชระเบียนของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทยอายุ15 ปี HN 21/49 AN 4967/52 สถานภาพโสด กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 รูปร่างสูงผิวขาวเหลือง รับ Refer จากรพ.เกษมราษฎร์ บางแค เนื่องจากมารดาต้องการใช้สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2552 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง 3 วัน ปวดเมื่อยตามร่างกาย รับประทานอาหารไม่ได้ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 30 มิลลิลิตร แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดีอ่อนเพลีย มีไข้สูง ปวดจุกท้อง ริมฝีปากแห้ง อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116 /64 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจร่างกาย ฟังเสียงปอดปกติ ทดสอบทูนิเกต์ได้ผลบวก มีจุดเลือดออกบริเวณข้อพับแขนขวามากกว่า 10 จุดต่อตารางนิ้ว ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการตรวจนับเม็ดเลือดพบว่าเกล็ดเลือด 71,000 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัยเป็นไข้เลือดออก จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยสามัญชาย ได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตาม ความเข้มข้นของเลือดทุก 8 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจนับเม็ดเลือดวันละ1 ครั้ง หลังจากนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญชาย 1วัน วันที่ 6 ตุลาคม 2552(ไข้วันที่ 4)ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด 44.6 เปอร์เซ็นต์ เกล็ดเลือด 36,000 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิลิตรเนื่องจากผู้ป่วยมีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกายมาก(break-bone fever) อ่อนเพลียและเกล็ดเลือดลดลงอย่าง

รวดเร็วจะเข้าสู่ระยะช็อกดังนั้น เวลา 12.00 น. แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต ยังมีไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย 40 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 96/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพบว่าผู้ป่วยตัวร้อน อ่อนเพลีย ริมฝีปากแห้ง หนังตาบวม คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน ได้ให้การรักษาโดยเพิ่มปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราไหล 160 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ 4 ชั่วโมงหลังจากนั้นอัตราไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาลดไข้ พาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม 2 เม็ด รับประทานเวลามีไข้ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาทีเพื่อประคับประคอง ตรวจวัดบันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกายในทุก 8 ชั่วโมง

วันที่ 7 ตุลาคม 2552(ไข้วันที่ 5)ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ปวดท้องเล็กน้อย คลื่นไส้ มีเลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 30 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/52 มิลลิเมตรปรอท ให้การพยาบาลโดยวางเจล ประคบเย็นบริเวณหน้าผากและดั้งจมูก แพทย์ได้ทำการตรวจทางทวารหนัก มีลักษณะอุจจาระสีดำแต่ไม่มีเลือดสด ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเข้มข้นของเลือดพบว่าเท่ากับ 50.1 เปอร์เซ็นต์ การตรวจนับเม็ดเลือดพบว่าเกล็ดเลือด 18,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร แพทย์ให้การรักษาโดยให้ Dextran 500 มิลลิลิตร อัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงแทน 5%D/NSS กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน จองเลือด Platelet concentrate 10 ยูนิต ปัสสาวะออกน้อย 80 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง สีเหลืองเข้ม หลังจากได้รับการรักษาปัสสาวะ ยังออกน้อย 50 มิลลิลิตรใน 4 ชั่วโมง แพทย์ให้การรักษาเพิ่มโดยการให้ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังจากDextran หมด หลังจากนั้นปัสสาวะออก 300 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง วันที่ 8 ตุลาคม 2552 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อยไม่มีคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 114 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 96/58 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการความเข้มข้นของเลือด 47.4 เปอร์เซ็นต์ ตรวจนับเกล็ดเลือด 14,000 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร ไม่มีเลือดออก ตามอวัยวะต่างๆไม่มีถ่ายดำ แพทย์ให้การรักษาโดยให้ Platelet concentrate 10 ยูนิต (500มิลลิลิตร) ทางหลอดเลือดดำ หมดแล้วต่อด้วย 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้การพยาบาลป้องกันภาวะเลือดออก โดยพักผ่อน ทำกิจกรรมทุกอย่างบนเตียงและดูแลให้รับประทานอาหารงดอาหารสีดำและสีแดง ดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน วันที่ 9 ตุลาคม 2552 เวลา 9.00 น.ผู้ป่วยรู้สึก ตัวดี สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจความเข้มข้นของเลือด 47.4

เปอร์เซ็นต์ ตรวจนับเกล็ดเลือด 84,000 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร แพทย์อนุญาตให้ย้ายไปยัง หอผู้ป่วยสามัญชายได้ หลังจากนั้นเวลา 15.00 น.แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการเลือดออกตามระบบต่างๆของร่างกายไม่มีอาการปวดท้องและถ่ายดำ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 5 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร และงานวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาล

2. เลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแดงกี่ที่มีภาวะช็อก โดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรคซึ่งพบได้ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 15 ปี รับไว้ใน ความดูแลตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม 2552 เลขที่ภายนอก 21/49 เลขที่ภายใน 4967/52 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง 3 วัน ปวดเมื่อยตามร่างกาย รับประทานอาหารไม่ได้ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 30 มิลลิลิตร แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดีอ่อนเพลีย มีไข้สูง ปวดจุกท้อง ริมฝีปากแห้ง อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116 /64 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจร่างกาย ฟังเสียงปอดปกติ ส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ จากการตรวจนับเม็ดเลือดพบว่าเกล็ดเลือด 71,000 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เกล็ดเลือดทดแทน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลรวม 5 วันพบปัญหาทั้งหมด 6 ปัญหา ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป

3. นำข้อมูลทั้งหมดรวบรวม เรียบเรียงเป็นผลงานและนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของผลงาน และนำเสนอตามลำดับขั้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นเวลา 5 วัน ได้ให้การพยาบาลและติดตามประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน และเยี่ยมจำนวน 4 ครั้ง พบปัญหาทั้งหมด 6 ปัญหา ได้รับการแก้ไขทั้งหมดดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ไม่เกิดภาวะเลือดออก

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินปริมาณเลือดที่ออกอย่างละเอียดทุกครั้งโดยดูจากสีและปริมาณของอาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะ เลือดออกตามไรฟันเพื่อประเมินภาวะการเสียเลือด รายงานแพทย์กรณีผิดปกติ ควรงดอาหารสีดำและสีแดงเพราะจะทำให้การประเมินภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารได้ยาก ให้การรักษาพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและระมัดระวังไม่ให้เกิดบาดแผลต่อผู้ป่วย ระมัดระวังในการทำหัตถการ เช่น การเจาะเลือด การเจาะฮีมาโตคริต ควรใช้เข็มขนาดเล็กและภายหลังการเจาะเลือดทุกครั้งต้องกดสำลีแห้งและปลอดเชื้อจนกว่าเลือดจะหยุดไหลเพื่อป้องกันการเสียเลือด ส่งตรวจโลหิตวิทยาCBC เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคและให้การรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ รักษาความสะอาดของช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงนุ่ม ให้บ้วนปากด้วยน้ำยาสำหรับทำความสะอาดช่องปาก แล้วใช้ไม้พันสำลีเช็ดถูบริเวณซอกฟันและโคนลิ้น เพื่อป้องกันการเกิดแผลและมีเลือดออกในช่องปาก

ประเมินผล :ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่3วันที่8 ตุลาคมพ.ศ.2552 เวลา22.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีไข้สูง ปวดศีรษะและปวดเมื่อยตามตัว

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : ผู้ป่วยมีไข้ ปวดศีรษะและปวดเมื่อยตามตัวลดลง

กิจกรรมการพยาบาล: วัดและจดบันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมงโดยการวัดอุณหภูมิทางรักแร้นาน 3-5 นาที ลงบันทึกเพื่อดูการดำเนินของไข้ เช็ดตัวลดไข้โดยวิธีที่ถูกต้องหลังเช็ดตัวแล้ว 30 นาทีวัดอุณหภูมิใหม่และบันทึกในฟอร์มปรอทเพื่อติดตามผลการพยาบาล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำชดเชยอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ให้ผู้ป่วยพักผ่อนในสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ เพื่อเป็นการลดกิจกรรมของร่างกายจะทำให้การเผาผลาญลดน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดความร้อนที่ผลิตขึ้นในร่างกายได้ ไม่ห่มผ้าหนาเกินไปเพื่อให้ ความร้อนระบายออกจากร่างกายได้ง่าย ดูแลให้รับประทานยา พาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 เม็ด เพื่อลดไข้ตามแผนการรักษา ไม่ให้ยาพวกแอสไพรินเพราะจะทำให้มีการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารมีภาวะเลือดออกได้

ประเมินผล:ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่2 วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2552 เวลา 22.00นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ได้รับสารอาหารและสารน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยได้แก่ ความรู้สึก อยากอาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียนการเคลื่อนไหวของลำไส้ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับอาหารโจ๊กหมูสับเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่ายรสไม่จัด เพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะอาหารและจัดหาอาหารที่

ผู้ป่วยชอบรับประทานเพื่อส่งเสริมความอยากอาหาร ทำให้รับประทานได้มากขึ้น ควรงดอาหารสีดำและสีแดงเพราะจะทำให้การประเมินภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารได้ยาก ดูแลสุขภาพปากและฟัน โดยให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำเกลือเพื่อลดการระคายเคืองในปากและลดอาการคลื่นไส้ ส่งเสริมให้รับประทานอาหารได้ดีขึ้น กระตุ้นให้ดื่มน้ำผลไม้หรือเกลือแร่แทนน้ำเปล่าเพื่อลดภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เตรียมภาชนะรองรับและน้ำอุ่นไว้สำหรับบ้วนปากเพื่อความสะดวกหากผู้ป่วยอาเจียนสามารถหยิบใช้ได้ทันที ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้อาเจียน Motilium 1 เม็ดวันละ3 เวลาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารละลาย 5 % D/NSS 1000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและเกลือแร่

ประเมินผล:ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่3 วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ.2552 เวลา 22.00นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่4 ผู้ป่วยและบิดามารดาเกิดความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: ลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและบิดามารดา

กิจกรรมการพยาบาล: เปิดโอกาสให้บิดามารดาและผู้ป่วยซักถามและพูดคุยถึงปัญหาและความวิตก กังวล โดยเฉพาะในผู้ป่วยซึ่งเริ่มมีความคิดแบบใช้เหตุผล การให้การพยาบาลทุกครั้งต้องบอกให้ผู้ป่วย ทราบ เพื่อขอความร่วมมือ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด ตอบคำถาม ปลอบโยนให้กำลังใจ และให้คำแนะนำตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน และพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้บิดามารดาและผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล ให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือบุตร เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การจัดท่านอนให้สุขสบาย การกระตุ้นให้ดื่มน้ำ และการป้อนอาหารเป็นต้น เพื่อช่วยให้บิดามารดา ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล

ประเมินผล:ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่2 วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2552 เวลา 20.00นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่5 มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและมีการรั่วของพลาสมาออกมานอกหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินปริมาณเลือดที่ออกอย่างละเอียดทุกครั้งโดยดูจากสีและปริมาณของ อาเจียน เลือดกำเดา เลือดออกตามไรฟันเพื่อประเมินภาวะการเสียเลือด รายงานแพทย์กรณีผิดปกติ ประเมินสัญญาณชีพที่สำคัญคือความดันโลหิตและชีพจรทุก 30 นาทีใน 1-2 ชั่วโมงแรก จากนั้นวัดทุก 1-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกรายงานสัญญาณชีพทุกครั้งเพื่อประเมินภาวะช็อก ดูแลให้Dextran 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงแทน 5%D/NSS และให้0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิต ให้ออกซิเจนเป็นสายยางทางจมูก อัตราไหล 3 ลิตรต่อนาทีเพื่อป้องกันภาวะพร่อง

ออกซิเจน กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาเพื่อประเมินภาวะเลือดข้นของผู้ป่วย ดูแลให้ Platelet concentrate 10 ยูนิต(500มิลลิลิตร) ทางหลอดเลือดดำให้หมดภายใน 30 นาที เพื่อเพิ่มปริมาณเกล็ดเลือด ลดภาวะเลือดออกง่าย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่จำนวนเกล็ดเลือดและระดับความเข้มข้นของเลือด เพื่อดูการดำเนินของโรค สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะอาการนำของภาวะช็อก เช่น อาการกระสับกระส่าย ปวดท้อง อาเจียน สังเกตอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากของผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดจากออกซิเจนไม่เพียงพอ ตรวจวัดปริมาณออกซิเจนในร่างกาย จดบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและออกจากร่างกาย (intake/output)อย่างเคร่งครัด เพื่อประเมินภาวะช็อก

ประเมินผล:ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่2 วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2552 เวลา 22.00นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล:ผู้ป่วยและบิดามารดามีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล: ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านดังนี้ผู้ป่วยสามารถทำงานหรือเรียนได้ตามปกติ ควรงดการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมใดๆที่อาจทำให้ได้รับการกระทบกระแทก เช่น ขี่จักรยาน เล่นฟุตบอล เตะตะกร้อ ชกต่อย ถอนฟันเป็นต้นเพราะอาจจะทำให้เลือดออกได้ เนื่องจากหลังจากผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตปริมาณของเกล็ดเลือดยังไม่เพิ่มขึ้นจนถึงระดับปกติ ควรงดกิจกรรม เหล่านี้เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ การรับประทานอาหารควรให้อาหารอ่อน ย่อยง่ายประเภทบำรุงร่างกายที่มีคุณค่าครบถ้วนทั้งโปรตีนและวิตามินให้ควรงดอาหารสีดำและสีแดงเพราะจะทำให้การประเมินภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารได้ยากและสังเกตภาวะเลือดออก เช่นเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดา อาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายดำ ถ้ามีอาการผิดปกติต่างๆควรมาพบแพทย์ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าเป็นอาการของระยะฟื้นตัวไม่มีอันตรายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกรวมถึงการให้คำแนะนำการดูแลและป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก เนื่องจากโรคไข้เลือดออกสามารถเป็นซ้ำได้อีกให้คำแนะนำในการกำจัดลูกน้ำยุงลายและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งที่บ้าน โรงเรียนและในชุมชน ถ้ามีคนในบ้านหรือในชุมชนใกล้บ้านมีไข้สูงให้พามาตรวจอาการ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อไวรัสแดงกี่เช่นเดียวกับผู้ป่วย

ประเมินผล:ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่4 วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ.2552 เวลา 15.00นาฬิกา

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ได้ให้การพยาบาลและติดตามประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 5 วันและเยี่ยมจำนวน 4 ครั้ง พบปัญหาทั้งหมด 6 ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด พร้อมให้คำแนะนำก่อน กลับบ้าน

ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแดงกี่ และญาติผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของ โรคไข้เลือดออก ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งจะช่วยให้มีแนวร่วม ในการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งถ้าได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง เข้าสู่ชุมชมให้ทั่วถึงมากขึ้นจะทำให้อัตราการแพร่ระบาดลดน้อยลง อัตราป่วย และอัตราตายลดลงไป ตามลำดับในอนาคตอันใกล้นี้

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤต ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแดงกี่ที่มีภาวะช็อกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานยิ่งขึ้น

3. เพื่อประโยชน์ขององค์กรในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอื่นต่อไป

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยอยู่ในอายุช่วงวัยรุ่น มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย ค่อนข้างทำตามความรู้สึกตัวเอง แต่ต้องได้รับการเจาะเลือดบ่อย ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยมากเท่าที่ควร ต้องใช้ทักษะในการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ

2. ญาติผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ แม้ว่าจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไปแล้ว แต่โรคไข้เลือดออกมีหลายระยะทำให้ญาติและผู้ป่วยสับสน

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ที่ใช้ในการเจาะเลือดให้มีขนาดเล็กเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดน้อยที่สุดและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

2. ควรให้ความรู้แก่บิดามารดาและผู้ป่วย เกี่ยวกับการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาและ การป้องกันโรคไข้เลือดออก ตามระยะการดำเนินของโรค จะทำให้บิดามารดาและผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ .....

(นางสาวศรีสมบูรณ์ หร่ายสกุล)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) ..... / ..... / .....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางศุภจิต นาคะรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

(วันที่) ..... / ..... / .....

ลงชื่อ.....

(นางดลยา สุขสมปอง)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร

(วันที่) ..... / ..... / .....

เอกสารอ้างอิง

ขวัญดาว เกิดชูชื่น และคณะ. **คู่มือปฏิบัติการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร, 2543.

ชิษณุ พันธุ์เจริญ และคณะ. **ไข้เลือดออก**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซิ่ง, 2546.

เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมไนยพงศ์.**การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: วี เจ พริ้นติ้ง, 2543.

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. **ตำราอายุรศาสตร์ 3 โครงการตำราจุฬา.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

รุจา ภู่ไพบูลย์. **แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก**. กรุงเทพฯ: นิติบรรณาการ, 2541.

วิทยาลัยแพทยศาสตรพระมงกุฎเกล้า.**เวชศาสตร์ก้าวหน้า**.กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า, 2539.

ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, สุจิตรา นิมมานนิตย์ . **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี่**.ฉบับแก้ไขปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ดอกเบี้ย, 2546.

สมเกียรติ วสุวัฏฏกุลและไพโรจน์ สินลารัตน์.**อายุรศาสตร์ทันยุค4**.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย.**ประสบการณ์ด้านโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย**.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2540.

สุจิตรา นิมมานิตย์. **ไข้เลือดออก.** กรุงเทพฯ: ดีไซน์, 2540.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวศรีสมบูรณ์ หร่ายสกุล

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)(ตำแหน่งเลขที่รพร.158)

สังกัด กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์

เรื่อง การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลที่มุมปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจ

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยส่วนมากในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ซึ่งผู้ป่วยจะ ได้รับความเจ็บปวด ไม่สุขสบายจากการใส่ท่อช่วยหายใจบางรายพยายามจะดึง ขย้อนเพื่อต้องการเอา ท่อช่วยหายใจออก เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องผูกยึดท่อช่วยหายใจให้แน่น เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด แต่ผลที่กระทบตามมาคือ ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับบริเวณมุมปากหรือเชือกผูกยึดท่อช่วยหายใจบาดริมฝีปาก เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อที่บาดแผลที่ปาก หรือเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อ VAP ตามมาได้

จากสถิติข้อมูลในหอผู้ป่วยวิกฤตปี 2552 โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ พบว่ามีการเกิดแผลที่ปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจ คิดเป็น 33.16 : 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้คิดค้นอุปกรณ์ช่วยป้องกันการเกิดบาดแผลจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาล เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะอุบัติการณ์การเกิดแผล ที่ปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ตามมาได้

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลที่ปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจ

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดแผลที่ปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด

จากการศึกษาพบว่า การเกิดแผลกดทับเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ ถ้าการให้บริการสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ สำหรับแนวทางการป้องกันการเกิดแผลจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลในผู้ป่วย การเฝ้าระวังการเกิดแผลตั้งแต่แรกรับ การลดแรงกด แรงเสียดทานและแรงเลื่อนไหล การดูแลภาวะโภชนาการโดยเฉพาะการเพิ่มโปรตีนให้แก่ผู้ป่วย การทำความสะอาดและการดูแลผิวหนัง ให้ชุ่มชื้น และบุคลากรพยาบาลที่มาปฏิบัติงานให้ ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกัน และการดูแลจัดการการเกิดแผล การประเมินการเปลี่ยนแปลงของแผลอย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นแนวคิดผสมผสานผลงานวิจัยการศึกษา การเฝ้าระวังแผลกดทับ และประสบการณ์การดูแลเฝ้าระวังการเกิดเป็นต้น

แนวคิดในทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1995) บุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้และต้องอยู่ภายใต้การพึ่งพาผู้อื่น (Dependent Care : DC) หมายถึงบุคคลที่มีความบกพร่องในกระบวนการคิด การประเมินสถานการณ์ การตัดสินใจตลอดจนบกพร่องในความสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงถือได้ว่าผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาตามแนวคิดของโอเร็ม โดยโอเร็มมองว่าบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ใช้บริการของพยาบาลที่ต้องให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสม เพื่อบรรเทาอาการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1.นำข้อมูลมาวิเคราะห์การเกิดแผลกดทับที่มุมปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจจากใบรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรในหน่วยงาน ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดแผลกดทับที่มุมปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจ

2.ประชุมในหน่วยงานเพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และหาแนวทางแก้ไข

3.จัดทำแนวทางการผูกยึดท่อช่วยหายใจ

โดยการเตรียมอุปกรณ์เพื่อรองเชือกในการผูกยึดท่อช่วยหายใจดังนี้

- ตัดแผ่นโฟมยางที่มีความหนาประมาณ 0.2-0.3 มิลลิเมตร เป็นวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง

ขนาด 3x3เซนติเมตร

- ใช้คัตเตอร์ตัดรูตรงกลางตามขนาดท่อช่วยหายใจ

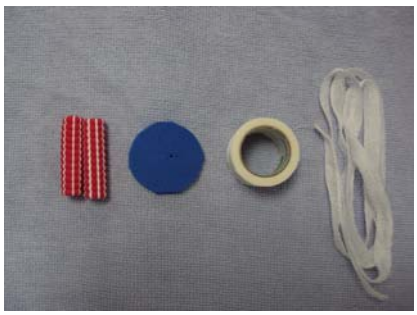
- นำอุปกรณ์ไปใช้ เมื่อมีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย โดยหลังจากผูกยึดท่อช่วยหายใจด้วยปลาสเตอร์แล้ว สวมอุปกรณ์ที่ทำขึ้น หลังจากนั้นค่อยผูกยึดท่อช่วยหายใจด้วยเชือกตามปกติโดยไม่แน่นหรือหลวมจนเกินไป (มีรูปภาพประกอบด้านท้าย)

4.ประชุมในหน่วยงานเพื่ออธิบายแนวทางการปฏิบัติและแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ให้บุคลากรทราบและนำไปปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน

5. นำแนวทางการปฏิบัติไปใช้และติดตามประเมินผล

6. รวบรวมและประเมินผลการเกิดแผลกดทับที่มุมปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจจากใบรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรในหน่วยงานทุก 1 เดือน

รูปภาพประกอบวิธีการผูกยึดท่อช่วยหายใจ



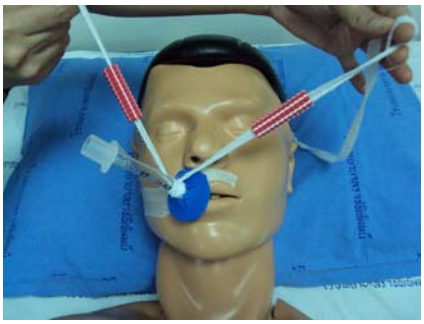
อุปกรณ์การผูกท่อช่วยหายใจ

ขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 4



ขั้นตอนที่ 5

รูปภาพสำเร็จ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดอุบัติการณ์การเกิด VAP
2. ลดอุบัติการณ์การเกิดแผลที่ปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจ
3. ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล
4. บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการผูกยึดท่อช่วยหายใจได้ถูกต้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างถูกวิธีของบุคลากรทางการพยาบาลร้อยละ 100

2. อัตราการเกิดแผลที่ปากจากการผูกยึดท่อช่วยหายใจ $\leq$ 10: 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ

ชื่อ.....

(นางสาวศรีสมบูรณ์ หร่ายสกุล)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) ...1.../...ก.ค./...2554...

เอกสารอ้างอิง

ธีรวรรณ ฟักทองพรเทพ.**การดูแลผู้ป่วยวิกฤต**.กรุงเทพฯ:พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด,2547.

นุสนธ์ กลัดเจริญ.**เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม.**กรุงเทพฯ**:** โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2543.

ปริยา รอดปรีชา.**การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4**.นนทบุรี. โครงการสวัสดิการวิชาการ.สถาบันพระบรมราชชนก,2541.

ฟาริดา อิบราฮิม.**ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล**.กรุงเทพฯ, 2546.