

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูด

เสนอโดย

นางสาวอุกฤษสร มนต์ไชสง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 186) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 10 วัน (ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2557 ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ปอดอักเสบ (pneumonia) หมายถึง การอักเสบอย่างเฉียบพลันของเนื้อปอด ซึ่งประกอบไปด้วยถุงลม เนื้อปอดที่คั่นอยู่ระหว่างผนังถุงลม และหลอดเลือดฝอยที่อยู่ใกล้ผนังถุงลม (interstitial tissue) การอักเสบของเนื้อปอดเกิดจาก 2 กลุ่มหลัก คือ

1. ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อซึ่งอาจเป็นแบคทีเรีย ไวรัส ไมโคพลาสมา (mycoplasma) และเชื้อรา เป็นต้น
2. ปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ มักพบในคนที่ไม่แข็งแรง (มีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ) เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด คนที่เป็นโรคทางปอดเรื้อรัง เป็นต้น

สาเหตุ

โรคปอดอักเสบมีสาเหตุจากการที่มีเชื้อโรคหรือสารเคมีเข้าไปในปอด ทำให้เกิดการอักเสบของปอด เชื้อโรคหรือสารเคมีที่สำคัญได้แก่

1. เชื้อแบคทีเรีย ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคปอดอักเสบพบบ่อยและรักษาได้ง่าย ได้แก่ เชื้อปอดบวม หรือ นิวโมค็อกคัส (pneumococcus) ที่พบน้อยแต่ร้ายแรง ได้แก่ เชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัส (staphylococcus) สเตรปโตค็อกคัส (streptococcus) เคล็บซิลลา (klebsiella)
2. เชื้อไวรัส เช่น หัด ไข้หวัดใหญ่ อีสุกอีใส เป็นต้น
3. เชื้อไมโคพลาสมา (mycoplasma pneumoniae) ซึ่งทำให้เกิดปอดอักเสบชนิดที่เรียกว่า atypical pneumonia เพราะมักจะไม่มีอาการหอบอย่างชัดเจน

4. เชื้อรา พบได้ค่อนข้างน้อย แต่รุนแรง

5. สารเคมี ที่พบได้บ่อยได้แก่ น้ำมันก๊าด ซึ่งผู้ป่วยสำลักเข้าไปในปอด

พยาธิสรีรภาพ

พยาธิสภาพที่เกิดในปอดอักเสบแต่ละชนิดมีดังนี้

1. ปอดอักเสบเฉพาะกลีบ (lobar pneumonia) มีพยาธิสภาพแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเลือดคั่ง (congestion) พบใน 12 - 24 ชั่วโมงแรกหลังจากเชื้อแบคทีเรียเข้าไปในถุงลม และมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันจะมีปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายเกิดขึ้น โดยมีเลือดคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ และมีการซึมผ่านของเซลล์ต่างๆ (cellular exudate) เข้าไปในถุงลม ซึ่งประกอบด้วยเม็ดเลือดแดง (red blood cell) เม็ดเลือดขาว (white blood cell) แบคทีเรีย (bacteria) และไฟบริน (fibrin) ในระยะนี้อาจจะมีเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือดได้ด้วย

ระยะที่ 2 ระยะปอดแข็งตัว (hepatization) ระยะนี้เกิดขึ้นในวันที่ 2 – 3 ของโรค ระยะแรกจะพบว่า มีเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ ขณะเดียวกันจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น และเริ่มมีการกินแบคทีเรียโดยเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมจะขยายตัวออกมาทำให้เนื้อปอด มีสีแดงจัดเรียกว่า red hepatization ในรายที่มีการอักเสบอย่างรุนแรง จะมีการอักเสบลุกลามไปถึงเยื่อหุ้มปอดด้วย ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดงในถุงลมมากขึ้น หลอดเลือดฝอยของปอดที่ผนังถุงลมมีขนาดเล็กกลง ทำให้เนื้อปอดเปลี่ยนเป็นสีเทาเรียกว่า gray hepatization ซึ่งจะตรงกับวันที่ 4 - 5 ของโรค ระยะนี้จะกินเวลาประมาณ 3 – 5 วัน

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นตัว (resolution) ในวันที่ 7 – 10 ของโรค เมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านโรคเกิดขึ้น เม็ดเลือดขาวสามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมได้หมดและเริ่มสลายตัว ขณะเดียวกันจะมีเอนไซม์ (enzyme) ออกมาละลายไฟบริน ของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด (exudates) ส่วนใหญ่จะถูกกำจัดออกจากบริเวณที่มีการอักเสบโดยเซลล์ชนิด โมโนนิวเคลียร์ที่เคลื่อนจะหลุดออกมาเป็นเสมหะขณะไอ ระยะนี้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดจะหายไป หรือมีพังผืดเกิดขึ้นแทน

2. ปอดอักเสบรอบ ๆ หลอดลม (broncho pneumonia) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนี้จะกระจายเป็นหย่อมรอบหลอดลมในปอดกลีบเดียวกันหรือหลาย ๆ กลีบก็ได้

3. ปอดอักเสบในผนังถุงลม (interstitial pneumonia) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะพบว่าผนังของถุงลมบวม และมีเซลล์ชนิด โมโนนิวเคลียร์ และไฟบรินแทรกกระจายอยู่ทั่วไป

อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยแต่ละรายอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ อายุของผู้ป่วยและความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. กลุ่มที่มีอาการชัดเจน อาการจะปรากฏภายในระยะเวลา 1 - 2 วัน และอาการจะแย่งเร็ว มีอาการไข้หนาวสั่น ไอมีเสมหะสีเขียว สีเหลือง หรือไอมีเลือดปน เหนื่อยหอบ และหายใจลำบาก เจ็บหน้าอกโดยเฉพาะเวลาไอ หรือหายใจเข้า – ออกถี่ ๆ

2. กลุ่มที่มีอาการไม่ชัดเจน อาการจะค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้า ๆ และใช้เวลา 1- 2 สัปดาห์ ก่อนที่จะปรากฏอาการปอดอักเสบอย่างชัดเจน บางคนมีอาการคล้ายไข้หวัด จะมีไข้ต่ำๆ หรือไม่มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว หรือปวดตามข้อ อาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

การวินิจฉัย

1. อาการแสดง มีไข้ ไอ หายใจหอบ ร่วมกับการฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ

2. ภาพถ่ายรังสีปอดพบรอยฝ้าขาว

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัยโรคและเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุได้แก่

- การตรวจนับเม็ดเลือดขาวในเลือด (CBC)

- การย้อมเสมหะ (sputum gram stain)

- การตรวจเสมหะเพาะเชื้อ มีความไวและความจำเพาะต่ำ (sputum culture)
- การเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture)

การรักษา

1. การให้ยาปฏิชีวนะหากในรายที่เป็นไม่มากและไม่มีอาการแทรกซ้อนอาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยยาชนิดรับประทาน นอกจากนี้การรักษาคควรให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำแบบผู้ป่วยใน
2. การรักษาประคับประคองตามอาการต่างๆ ไป เช่น การให้ยาลดไข้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ออกซิเจน การให้อาหารลงกระเพาะอาหารในรายที่รับประทานอาหารไม่เพียงพอ
3. การรักษาอาการแทรกซ้อน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจในรายที่เหนื่อยและหายใจเองไม่เพียงพอ การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต หากมีความดันโลหิตลดลงต่ำ

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะปอดอักเสบใช้การพยาบาลแบบองค์รวม เน้นครอบครัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ดังนี้

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยร่วมมือกับแพทย์ในการวินิจฉัยโรค เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง
2. เก็บเสมหะส่งตรวจ และเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ ก่อนเริ่มให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์
3. การดูแลและบำบัดทางระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะได้แก่การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งการระบายเสมหะการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีภาวะออกซิเจนในร่างกายต่ำ
4. ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยที่ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียมักจะสูญเสียน้ำและโซเดียมมากจากเหงื่อออกมาก และบางครั้งมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย นอกจากนั้นผู้ป่วยมีไข้สูงหายใจเร็วและมีเสมหะเพิ่มขึ้น จึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ
5. อาหารการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำนอกจากจะได้น้ำแล้วยังได้แคลอรีทดแทนด้วยในผู้ป่วยที่เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน
6. ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้ป่วยเหนื่อยและต้องมิจิจกรรมทำให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น
7. ให้ยาลดไข้และเช็ดตัวเมื่อไข้สูง ควรจะให้ยาลดไข้ก่อน เมื่อไข้เริ่มออกฤทธิ์ ผู้ป่วยจะเริ่มร้อนและมีเหงื่อออกแล้ว จึงทำการเช็ดตัวลดไข้ทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น
8. ดูแลความสะอาดปากฟันเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในระบะที่ผู้ป่วยมีไข้ ขาดน้ำ และเสมหะเป็นหนองหรือเจ็บคอ ปากและฟันที่สะอาดจะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น
9. ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยท้องอืด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยปอดอักเสบซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย

10. การสังเกตและประเมินสภาพของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสังเกตข้อบ่งชี้ของการหายใจไม่เพียงพอหรือภาวะการหายใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด อุดมภูมิสูง ช็อค ปอดแฟบ ท้องอืด ลำไส้เป็นอัมพาต ความไม่สมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและความนึกคิด

11. การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ เนื่องจากปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อไวรัสสามารถติดต่อได้ถ้าผู้ป่วยมีไข้ จึงต้องระมัดระวังการแพร่กระจายของเชื้อ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

1. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการให้ข้อมูลแก่ญาติ
2. การเตรียมเครื่องช่วยหายใจ โดยตรวจสอบการทำงานของเครื่องให้พร้อมใช้งานและชุดช่วยหายใจ ต้องผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว ตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยและคำสั่งการรักษา
3. การดูแลขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความจำเป็นและข้อควรระวังต่างๆ ลดความเจ็บปวดทรมานลดลงและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลเสมหะอย่างถูกวิธีและทำเมื่อจำเป็นเท่านั้น ดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด ระวังไม่ให้สายดึงรั้ง ติดตามค่าก๊าซในเลือดแดง อิเล็กโทรไลต์และการตรวจทางโลหิตวิทยา การดูแลสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย ส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนและได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลความสะอาดช่องปาก สุขอนามัย ป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ป้องกันการดึงท่อโดยการผูกมัดอย่างระมัดระวัง จัดท่านอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา หากไม่มีข้อห้ามเพื่อการระบายอากาศในทรวงอกดีขึ้นป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น การติดเชื้อ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจนาน ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ทมได้ ผิวหนัง

4. การหย่าผู้ป่วยออกจากเครื่องช่วยหายใจ ก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจควรประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ อธิบายแผนการรักษาและขั้นตอนในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อลดความวิตกกังวล ควรเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจในตอนเช้าหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่แล้ว ควรจัดให้นอนในท่านอนศีรษะสูง ติดตามวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่งลง สังเกตอาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจ

ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา

เบอรอดูอล (Berodual) ยาขยายหลอดลมชนิดพ่น ป้องกันการเกิดอาการหอบหืดและการหดเกร็งของหลอดลม อาการข้างเคียงได้แก่ อาการกระสับกระส่าย มีนงง เหนื่อยล้า หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อเป็นตะคริว หลังพ่นยาเสร็จแนะนำให้กลั้วปากและดื่มน้ำสะอาดแล้ววันทิ้งเพื่อลดการเกิดเชื้อราในช่องปาก

เซฟไตรอะโซน (Ceftriaxone) มีฤทธิ์ในการยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรียจะฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ชนิดกรัมบวกใช้รักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด อาการข้างเคียงได้แก่ ปวดศีรษะ มีน

ง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาจมีอาการแพ้ยา ผื่นคันหรือมีไข้ได้ ระวังการใช้ยานี้กับผู้ที่มียาเพนิซิลลิน (Penicillin)

เดกซามิทาโซน (Dexamethasone) ออกฤทธิ์รักษาอาการแพ้เฉียบพลันเป็นทั้งยากดภูมิต้านทานและเป็นยาต้านการอักเสบ อาการข้างเคียงได้แก่ หายใจลำบาก นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ควรระมัดระวังการใช้ยาในผู้ที่มีสถานะหัวใจวาย ไตวาย ความดันโลหิตสูง เบาหวาน กระดูกพรุน ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา โรคติดเชื้อไวรัสบางชนิด และผู้มีประวัติแพ้ยานี้

ฟลูมูซิล (Fluimucil) ใช้ช่วยละลายเมือกและขับเสมหะ ในโรคเกี่ยวกับการหายใจทั้งชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง อาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง

พาราเซตามอล (Paracetamol) บรรเทาอาการปวดและลดไข้ ในกรณีที่ไม่สามารถหรือไม่ต้องการ ใช้ยาแอสไพริน อาการข้างเคียงได้แก่ เป็นพิษต่อตับหากได้รับยาเกินขนาดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม สังเกตอาการตัวเหลืองและติดตามผลปฏิบัติการค่าตับ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบอย่างเฉียบพลันของเนื้อปอด ที่ประกอบหลอกลมฝอยส่วนปลายสุด และถุงลม ทำให้มีการซึมออกของสารน้ำ เข้าไปเกาะตามเนื้อเยื่อต่างๆ ในถุงลม การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด เช่นในกรณีของ ปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส (viral pneumonia) หรือการสูดสำลักสารเคมี (chemical aspiration) โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่พบได้บ่อย การวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างทันที่ก็จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ จะต้องพักรักษาตัวยาวนาน ตลอดจนทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

ขั้นตอนดำเนินการ

1.ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเวชระเบียนผู้ป่วย คาราวารสารงานวิจัยต่างๆ เพื่อประกอบในการเลือกจัดทำกรณีศึกษา

2.กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 44 ปีอาชีพรับจ้าง เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 03.00 นาฬิกา จากการซักประวัติ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการ ไข้ หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ เจ็บหน้าอกเวลาไอไปพบแพทย์ที่คลินิกให้ยามารับประทานอาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล เลขที่ภายนอก 2165/57 เลขที่ภายใน 937/57 รับไว้ที่หอผู้ป่วยสามัญ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 08.30 นาฬิกา

3.ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

4.วินิจฉัยการพยาบาล เพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลือ

5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไป เมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว

6. สรุปผลกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารวิชาการ นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี ปฏิเสธ โรคประจำตัว สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 03.00 นาฬิกา จากการซักประวัติ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ เจ็บหน้าอกเวลาไอ ไปพบแพทย์ที่คลินิกให้ยามารับประทานอาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล จากการตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 92 % ให้ออกซิเจนทางจมูกชนิดแคนนูลา (Oxygen canular) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/77 มิลลิเมตรปรอท ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ลักษณะการหายใจมีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ฟังปอดได้ยินเสียงคังวีดทั้งสองข้าง ผลตรวจทางรังสีทรวงอกพบว่าปอดข้างขวามีฝ้าที่บวมมากกว่าปอดข้างซ้าย แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบจึงรับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยสามัญ 1 เวลา 08.30 นาฬิกา

รับผู้ป่วยไว้ดูแล แรกได้รับประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 92 % แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้พ่นยาขยายหลอดลมชนิดละอองฝอยเบอร์ราดูออล (Berodual) 1 หลอด ทุก 4 ชั่วโมง เริ่มพ่นยาเวลา 09.00 นาฬิกา และให้ออกซิเจนทางจมูกชนิดแคนนูลา (Oxygen canular) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ต่อมาเวลา 10.00 นาฬิกา ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 90% ลักษณะการหายใจมีการดึงรั้งของกระดูกซี่โครง (Retraction) ฟังปอดมีเสียงคังวีดทั้งสองข้าง ผลตรวจทางรังสีทรวงอกพบว่าปอดทั้งสองข้างมีฝ้าที่บวมมากขึ้น จึงเปลี่ยนให้ออกซิเจนหน้ากากชนิดมีถุง (Oxygen mask with bag) อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที พ่นยาขยายหลอดลมชนิดละอองฝอยเบอร์ราดูออล ครั้งละ 1 หลอด ทั้งหมด 3 ครั้ง ห่างกันทุก 15 นาที ให้ยาเดกซาเมทาโซน (Dexametasone) ขนาด 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยยังคงมีอาการหายใจหอบเหนื่อย แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเบอร์ 7.5 ลึก 21 ซม. ต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรโดยเครื่องช่วยหายใจเป็นตัวกำหนดการหายใจ (Volume controlled ventilation ,VCV) Setting CMV Tidal volume 450 cc., Respiratory Rate 18 bpm, PEEP 5 cmH₂O, Fio₂ 1.0, Flow 2 L/min ใส่สายสวนปัสสาวะและสายยางให้อาหารทางจมูก จัดทำอนติริษะสูง 30 องศา พ่นยาขยายหลอดลมชนิด

ละอองฝอยเบอรอดูออล (Berodual) 1 หลอด ประเมินสัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยระหว่างได้รับยา เช่น กระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็ว ผู้ป่วยไม่มีอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับยาพ่น ระบายเสมหะให้ผู้ป่วย โดยการดูดเสมหะโดยยึดหลัก Aseptic technique สังเกตสีของเสมหะเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ลักษณะเสมหะสีเหลืองข้น ไม่มีเลือดปนปริมาณ 3 มิลลิลิตรต่อครั้ง หลังให้การพยาบาลอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยลดลง อัตราการหายใจประมาณ 22 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ให้ยาเดกซาเมทาโซน (Dexametasone) ขนาด 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง หลังได้รับยาไม่มีอาการหายใจลำบาก ยาฟลูมูซิล (Fluimucil) 200 มิลลิกรัม ทางสายยางให้อาหารครั้งละ 1 ชอง วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เข้า กลางวันและเย็น สังเกตอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง ไม่พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง หลังได้รับยา ผลการตรวจทางโลหิตวิทยาและเคมีคลินิก พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาว 12,000 ลูกบาศก์มิลลิลิตร (ค่าปกติ 4,500-11,000 ลูกบาศก์มิลลิลิตร) เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลล์ (Neutrophils) 79.40% (ค่าปกติ 40-74 %) เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซท์ (Lymphocyte) 8.8 % (ค่าปกติ 19-48 %) แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อที่ปอด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเซฟไตรอะโซน (Ceftriaxone) 2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ให้การพยาบาลหลังการได้รับยาโดยสังเกตอาการจากการให้ยา เช่น ผื่นคัน หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ หลังได้รับยาไม่พบมีผื่นคัน หรืออาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากมีระดับโซเดียม (Sodium) ในเลือด 132 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 135-145 มิลลิโมลต่อลิตร) การรักษาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้อาหารปั่นทางสายยางอัตราส่วน (1:1) ครั้งละ 200 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำในร่างกาย 24 ชั่วโมง ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย 1,580 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 1,450 มิลลิลิตร อธิบายให้ญาติทราบถึงอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาของแพทย์ แนะนำการปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ญาติสอบถาม ข้อสงสัย ญาติผู้ป่วยรับทราบข้อมูลต่างๆและเข้าใจเป็นอย่างดี ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน หลังได้ยาและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น นอนหลับได้

วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2557 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แพทย์ตรวจเย็บอาการปรับรูปแบบการหายใจเองโดยที่มีการช่วยของเครื่องช่วยหายใจเป็นช่วงๆให้สัมพันธ์กับการหายใจของผู้ป่วย (Synchronized intermittent mandatory ventilation ,SIMV) Setting Tidal volume 450 cc., Respiratory Rate 18 bpm, Pressure Support 8, PEEP 5 cmH₂o, Fio₂ 0.8, Flow 2 L/min สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/62 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 98 % ผลตรวจทางรังสีทรวงอกพบว่าปอดสองข้างมีฝ้าที่บขาวลดลง ฟังปอดได้ยินเสียงดังวิ๊ดที่ปอดทั้งสองข้างเล็กน้อย พ่นยาขยายหลอดลมชนิดละอองฝอยเบอรอดูออล (Berodual) 1 หลอด ทุก 6 ชั่วโมง ให้ยาเดกซาเมทาโซน (Dexametasone) ขนาด 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ยาปฏิชีวนะเซฟไตรอะโซน (Ceftriaxone) 2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/62 มิลลิเมตรปรอท

ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 98 % ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เสมหะสีขาวขุ่นปริมาณลดลง 1-2 มิลลิลิตร/ครั้ง จัดให้ผู้ป่วยนอนพักอ่อน ดูแลความสุขสบายทั่วไป แพทย์ปรับเพิ่มปริมาณอาหารปั่นทางสายยางอัตราส่วน (1:1) ครั้งละ 250 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง จัดทำอนศิริษะสูงขณะให้อาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ได้หมดทุกมื้อ ไม่มีสิ่งคั่งค้างในกระเพาะอาหาร (gastric content) ปริมาณน้ำในร่างกาย 24 ชั่วโมง ปริมาณน้ำเข้าในร่างกาย 1,620 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 1,500 มิลลิลิตร

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2557 ปรีกษาแนวทางการดูแลรักษาร่วมกับแพทย์ แพทย์ปรับรูปแบบหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นชนิดควบคุมปริมาตร โดยเครื่องช่วยหายใจเป็นตัวกำหนดการหายใจสลับกับชนิดแรงดันบวก (Continuous positive airway pressure, CPAP) Pressure Support 8, PEEP 5 cmH₂O, Fio₂ 0.6, Flow 2 L/min ทุก 2 ชั่วโมง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ สาธิตและสอนการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ จัดทำอนศิริษะสูงประมาณ 30-45 องศา หลังจากปรับรูปแบบ หย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 100% แพทย์จึงปรับเป็นชนิดแรงดันบวกต่อเนื่อง ผลการตรวจทางโลหิตวิทยาและเคมีคลินิก พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาว 9,100 ลูกบาศก์ มิลลิเมตร (ค่าปกติ 4,500-11,000 ลูกบาศก์มิลลิลิตร) เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลล์ (Neutrophils) 50.40% (ค่าปกติ 40-74 %) เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซค์ (Lymphocyte) 38.1 % (ค่าปกติ 19-48 %) แสดงถึงการติดเชื้อในร่างกาย ลดลง ระดับโซเดียม (Sodium) ในเลือด 137 มิลลิโมลต่อลิตร (135-145 มิลลิโมลต่อลิตร) ปริมาณน้ำในร่างกาย 24 ชั่วโมง ปริมาณน้ำเข้าในร่างกาย 1,300 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 1,600 มิลลิลิตร แพทย์หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ งดน้ำและงดอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อเตรียมผู้ป่วยสำหรับถอดท่อช่วยหายใจ

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผลตรวจทางรังสีทรวงอกพบว่าปอดสองข้างปกติไม่มีฝ้าที่บขาว ฟังปอดโล่งทั้งสองข้าง ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกาย เตรียมผู้ป่วยเพื่อถอดท่อช่วยหายใจ จัดทำอนศิริษะสูง ดูแลเสมหะในช่องปากและในท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันผู้ป่วยสำลักเสมหะหรือน้ำลาย ลงไปในทางเดินหายใจ วัดปริมาตรอากาศที่เข้าสู่ปอด (inspiratory volume) กับปริมาตรที่ออกจากปอดขณะมีลมอยู่ใน cuff และไม่มีลมอยู่ใน cuff ผู้ป่วยมีค่า (cuff leak volume) อากาศรั่วออกจากทางเดินหายใจผู้ป่วย 150 มิลลิลิตร แพทย์ถอดท่อช่วยหายใจดูแลให้ออกซิเจนหน้ากากชนิดมีดุง อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 100% ประเมินอาการแสดงของภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นของผู้ป่วยเช่น เสียงหายใจ stridor หรืออาการหายใจลำบาก พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆและพยายามไอเอาเสมหะออก งดน้ำและงดอาหารต่ออีก 2 ชั่วโมงหลังถอดท่อช่วยหายใจ งดการให้อาหารทางสายยางและให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเป็นอาหารอ่อนทางปาก ปริมาณน้ำในร่างกาย 24 ชั่วโมง ปริมาณน้ำเข้า

ในร่างกาย 700 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 1,000 มิลลิลิตร ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อยขณะทำกิจวัตรประจำวัน ไอขับเสมหะออกได้เองเสมหะสีขาวขุ่น ให้ยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน ผู้ป่วยไม่มีไข้ แพทย์จึงหยุดการให้ยาปฏิชีวนะเซฟไตรอะโซน (Ceftriaxone)

วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีมากขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 100% แพทย์จึงให้ออกซิเจนทางจมูกชนิดแคนูลา (Oxygen canular) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ให้บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร จากการสังเกตผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ครั้งถัดไป ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่สำลักอาหาร ทำการถอดสายสวนปัสสาวะ หลังจากถอดสายสวนปัสสาวะ 8 ชั่วโมงผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีเสบซัด ปริมาณ 500 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง วางแผนการจำหน่ายโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำเรื่อง การป้องกันการเกิดปอดอักเสบซ้ำ การป้องกันการสำลักอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อนและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ได้แก่อาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย เสมหะเปลี่ยนสี

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557 สัญญาณชีพปกติ แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ให้มารับประทานเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ยาฟลูมูซิล (Fluimucil) 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 ของ วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เข้า กลางวัน และเย็น รวมระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน และนัดตรวจติดตามอาการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 09.00 นาฬิกา

7. ผลสำเร็จของงาน

การศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หลังจากให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและแนวทางการรักษาของแพทย์ พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการหายใจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้สัมพันธ์ตลอดเวลาและสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง มีการอักเสบและติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเกลือแร่ในร่างกาย รวมถึงผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ยาละลายเสมหะทางปาก ให้การพยาบาลตามปัญหาทางการพยาบาลที่พบ และประเมินผลการพยาบาล จนผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและคลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557 และนัดมาตรวจติดตามอาการในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557 รวมระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากอันตราย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินการ

ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไม่สามารถพูดได้ ผู้ป่วยจะใช้การสื่อสารคือ กิริยาท่าทาง พยาบาลใช้วิธีแปลความหมายจากกิริยาท่าทางของผู้ป่วย บางครั้งพยาบาลก็ไม่สามารถแปลความหมายได้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร จะให้วิธีการสื่อสารด้วยการให้ผู้ป่วยเขียน พบว่าผู้ป่วยรายนี้สื่อสารกับพยาบาลได้น้อยเนื่องจากไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งสามารถบอกความต้องการได้ระดับหนึ่ง ไม่สามารถสื่อสารรับทราบสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดประชุมวิชาการ แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหน่วยงาน ร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หาแนวทางการรักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรจัดระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและจัดให้มีการรณรงค์การตรวจสุขภาพ การตรวจสุขภาพปอด และการให้ความรู้ในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในประชาชนทั่วไป

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....อุกฤษ มนต์ไธสง.....

(นางสาวอุกฤษ มนต์ไธสง)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....29 / ก.พ. / 2559.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....น.ส.ศุภจิต นาคะรัตน์.....

(นางศุภจิต นาคะรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วันที่.....7 / มี.ค. / 2559.....

ลงชื่อ.....เกศลักษณ์ ทิลาเรืองแสง.....

(นางเกศลักษณ์ ทิลาเรืองแสง)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วันที่.....7 / มี.ค. / 2559.....

หมายเหตุ:ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไประดับ
ในระหว่างวันที่ 6-15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2557

คือ นางกันธิมา ชันยาวุฒิ

ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวอุกฤษร มนต์ไธสง**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 186)

สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง การเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูด

หลักการและเหตุผล

ในหอผู้ป่วยสามัญ 1 พบว่ามีผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจจำนวนมากและมีผู้ป่วยกว่าร้อยละ 80 ที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูดเพื่อควบคุมอาการต่อที่บ้าน ซึ่งหอผู้ป่วยสามัญ 1 พบปัญหาว่าผู้ป่วยใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูดดังกล่าวผิดวิธี ทำให้ประสิทธิภาพการพ่นยาได้ไม่เต็มที่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำอยู่บ่อยครั้งจากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีแนวคิดในการจัดทำแผ่นพับเอกสารสอนพ่นยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูดขึ้น เพื่อให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูดได้อย่างถูกต้องสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้การรักษาและการดำเนินโรคดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูด มีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูด ผู้สอนต้องมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่ต้องใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการหายใจหอบเหนื่อย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยพกพายาพ่นขยายหลอดลมติดตัวไว้ตลอดเวลา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและสามารถใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยของตนเองได้ นอกจากนี้ยังใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ของออบูเบล ซึ่งกล่าวไว้ว่าการเรียนรู้จะมีความหมายแก่ผู้เรียน หากการเรียนรู้นั้นสามารถเชื่อมโยงกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่รู้มาก่อน หลักการจัดการเรียนการสอนตามทฤษฎีนี้ คือ มีการนำเสนอความคิดรวบยอดหรือกรอบมโนทัศน์ หรือกรอบแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่ผู้เรียนก่อนการสอนเนื้อหาสาระนั้นๆ จะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนเนื้อหาสาระนั้นอย่างมีความหมาย ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้รับมาจาก การที่ผู้สอนอธิบายสิ่งที่จะต้องเรียนรู้ให้ทราบและผู้เรียนรับฟังด้วยความเข้าใจและจะสามารถนำมาใช้ในอนาคต การสอนผู้ป่วยในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดพ่นสูดก็เช่นเดียวกัน เนื่องจากตัวผู้ป่วยเองจะเป็นผู้ที่รู้สถานะของตนเองดี ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดพ่นสูดเป็นอย่างดี เพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหาสภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนั้นได้ จึงมี

แนวคิดในการจัดทำเอกสารแผ่นพับการใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดพ่นสูดขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการใช้ยาหลอดเลือดชนิดพ่นสูดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญนำเสนอเรื่องการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดพ่นสูด

2. ประชุมสมาชิกหน่วยงานเพื่อขอความร่วมมือ

3. รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำเอกสารแผ่นพับการใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดพ่นสูด

4. จัดทำแผ่นพับเรื่องการใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดพ่นสูด โดยมีเนื้อหา ดังนี้

4.1 การเตรียมยา โดยเขย่าขวดยาพ่น 4-5 ครั้งก่อนสูด

4.2 วิธีการวางเครื่องพ่นหรือขวดยาพ่นไว้ในช่องปากและหุบปาก หรือห่างจากริมฝีปากและอ้าปาก

เพียงเล็กน้อย

4.3 วิธีการหายใจ ดังนี้

-ในขณะที่หายใจออกปกติจนสุดให้กดเครื่องพ่นยาทันทีพร้อมกับสูดลมหายใจเอายาเข้าไปในปอดอย่างช้าๆ ใช้เวลาประมาณ 3-5 วินาที

-เมื่อหายใจเข้าเต็มที่แล้วให้เอาเครื่องพ่นออก หุบปากและกลืนหายใจให้นานเท่าที่จะทำประมาณ 5-10 วินาที

-เมื่อครบเวลาแล้วให้หายใจออกช้าๆและถ้าต้องการพ่นซ้ำควรให้ห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 นาที

5. นำแผ่นพับเรื่องการใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดพ่นสูดที่สร้างขึ้นเพื่อใช้สอนผู้ป่วยเสนอต่อที่ประชุมหน่วยงานเพื่อปรึกษาหารือ ถึงความถูกต้องเหมาะสม และชี้แจงวิธีการปฏิบัติเพื่อความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในหอผู้ป่วย

6. นำแผ่นพับเรื่องการใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดพ่นสูด ไปทดลองใช้สอนผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 เดือน

7. ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดพ่นสูดทั้งในรายที่ใช้ชั่วคราวและในรายที่ต้องใช้ในระยะเวลายาวสามารถใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดพ่นสูดด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ลดอัตราการกลับมาอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้ยาขยายหลอดเลือดชนิดพ่นสูดได้ไม่ถูกต้อง ทำให้ได้รับผลทางการรักษาจากยาขยายหลอดเลือดชนิดพ่นสูดได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยสามารถใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูด ได้ถูกต้องมากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์

(ลงชื่อ).....ศุภักษร มนต์ไชสง

(นางสาวอุกฤษร มนต์ไชสง)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 7 / 11 / 2559

อนการสูดยา MDI โดยวิธีการหุบปาก

(Close mouth)

ปากครอบออก



ปากครอบออกยา 2-3 ครั้ง



3. ดึงกระบอกพ่นยาตั้งขึ้นให้อยู่ระหว่างนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือ โดยให้นิ้วหัวแม่มือมีร่องด้านข้างใต้ปากกระบอกพ่นดังรูป



4. หายใจออกให้เต็มที่

5. ใช้ริมฝีปากอมรอบปากกระบอกพ่นให้สนิท



6. หายใจเข้าทางปากช้า ๆ ลึก ๆ พร้อมก้มกอด ส่วนบนของกระบอกพ่นลงให้สุด 1 ครั้ง ด้วยจะถูกพ่นเข้าสู่สู่ถ้ำคอทันที



7. ถัดหายใจประมาณ 10 วินาที จากนั้นเอาหลอดยาพ่นออกจากปาก

8. ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก

9. ถ้าจะพ่นซ้ำ ให้วันละห้วงอย่างน้อย 10 วินาที แล้วจึงเริ่มทำตามข้อ 2-7



ชี้แจงทำความเข้าใจ

อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
สอดจากกระบอกพลาสติกและเปิด
ปากกระบอกฟอยล์ออก
กระบอกพลาสติกและฝาครอบปากกระบอก
ด้วยน้ำอุ่นให้สะอาด
ให้แห้งทั้งภายในและภายนอกบรรจุหลอดยา
ครอบปากกระบอกฟอยล์ตามเดิม

แนะนำเพิ่มเติม

ผู้ที่มีส่วนผสมของยาขยายหลอดลมหะออก
มาก่อน
ผู้ที่มีส่วนผสมของยาขยายหลอดลมชนิด
ที่สั้น ได้แก่ ซาลบูตามอล บีโรลูอล
ควรทาอาการที่ดื่มน้ำเย็นเมื่อมีอาการหอบ

ข้อแนะนำเพิ่มเติม (ต่อ)

-ยาที่มีส่วนผสมของยาสเตียรอยด์ ส่วนใหญ่
ต้องใช้ยาเป็นประจำทุกวันตามแพทย์สั่ง และหลัง
สูดพ่นยาเสร็จเรียบร้อย ให้กลั้วปากและกอด้วยน้ำ
สะอาดแล้วบ้วนทิ้ง เพื่อลดการเกิดเชื้อราในช่อง
ปาก

-ไม่ควรปรับลดหรือเพิ่มยาเองโดยที่แพทย์ไม่
ทราบหากมีปัญหาคือไม่สามารถใช้ยาตามที่
แพทย์สั่งได้ เช่น มีอาการผิดปกติหลังพ่นยา
ให้แจ้งแพทย์ทุกครั้งที่มาบริการ

-หากยาหมดก่อนนัด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยขาดยา
รักษาโรคได้มาพบแพทย์เพื่อให้แพทย์สั่งยาให้
เพื่อที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

การใช้ยาพ่นขยายหลอดลม

โดยการสูดพ่นยาเทคนิคพิเศษ (Metered dose inhaler;MDI)



จัดทำโดย นางสาวอุกฤษร มนต์ไธสง
หอผู้ป่วยสามัญ 1

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

(ฉบับร่าง)

