

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ทรวงอก
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำนวัตกรรม one two three ICD ล้อลา

เสนอโดย

นางสาวอมรรัตน์ แห่งสูงเนิน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพส.392)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ทรวงอก
2. ระยะเวลาที่ทำผลงาน 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2559)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การบาดเจ็บทรวงอกทำให้เกิดภาวะที่โพรงเยื่อหุ้มปอดเกิดมีอากาศเข้าไปอยู่ในช่องว่างนี้ จึงทำให้ปอดไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่เวลาหายใจเข้า ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ (อำนาจ กิจวรดี, 2551)

สาเหตุมาจากการบาดเจ็บทรวงอก มี 2 สาเหตุ ดังนี้ (อำนาจ กิจวรดี, 2551)

1. การบาดเจ็บทรวงอกจากแรงกระแทก (non-penetrating chest injury) เป็นการบาดเจ็บที่มีแรงมากระทำต่อผนังทรวงอก ไม่มีแผลทะลุเข้าทรวงอก

2. การบาดเจ็บทรวงอกมีแผลทะลุ (penetrating chest injury) เป็นการบาดเจ็บที่มีแผลทะลุหรือแผลเปิดบริเวณทรวงอก เช่น ถูกยิง ถูกแทง

การบาดเจ็บที่ทรวงอกทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่ มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด มีเลือดคั่งในช่องเยื่อหุ้มปอด มีผลต่อระบบการหายใจทำให้ปอดขยายตัวได้น้อย มีการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลงทำให้ปอดแฟบ ถ้าไม่ได้รับการระบายเลือดหรือลมออกจากเยื่อหุ้มปอดร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 24-48 ชั่วโมง อาจเกิดผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือด เกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดมากและอาจเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียได้

ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอกจากถูกของมีคมคล้ายมีดแทงเกิดภาวะมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดมี 3 ชนิด คือ (ณรงค์ ชันดีแก้ว, 2555)

1. ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดธรรมดา (simple pneumothorax) เป็นภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดโดยไม่มีทางติดต่อกับภายนอก หรือ ไม่มีแผลทะลุเข้าทรวงอก

2. ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดที่ติดต่อกับภายนอก (open pneumothorax) เป็นภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดจากอากาศภายนอก เนื่องจากมีบาดแผลทำให้มีรูติดต่อกับภายนอก

3. ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดมากจนเกิดแรงดันบวก (tension pneumothorax) เป็นภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดที่ค่อนข้างรุนแรง

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้ปอดแฟบบางส่วนหรือปอดแฟบทั้งหมด สรุปได้ดังนี้ (ณรงค์ ชันดีแก้ว, 2555)

อาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอกข้างเดียวกับที่มีลมรั่ว เหนื่อย หายใจไม่สะดวก การขยายปอดด้านที่มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดลดลง อาจคลำพบมีลมใต้ผิวหนัง ถ้าปริมาณลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

น้อยกว่า ร้อยละ 20 อาจไม่มีอาการ ถ้าปริมาณลมไม่เพิ่มขึ้น รวมทั้งไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ปริมาณลมสามารถดูดซึมกลับได้ภายในเวลา 2 สัปดาห์ แต่ถ้าปริมาณลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดมากกว่า ร้อยละ 20 เสียงหายใจจะเบาลง อาการแสดงพบได้ เช่น การขยับตัวของทรวงอกลดลงในข้างที่มีลมรั่ว การได้ยินเสียงหายใจเบาลง และเคาะทรวงอกได้เสียงโปร่งมากกว่าปกติ หากสงสัยภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีความผิดปกติของสัญญาณชีพให้คิดถึงภาวะ tension pneumothorax ด้วย เนื่องจากต้องการการรักษาอย่างรีบด่วนเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย

พยาธิสรีรภาพ

ปอด มีเยื่อหุ้มอยู่ 2 ชั้น ชั้นในจะคลุมติดอยู่กับตัวปอด ชั้นนอกจะอยู่ติดกับผนังทรวงอก ช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้ม 2 ชั้นนี้คือโพรงเยื่อหุ้มปอด ซึ่งจะมีปริมาณของเหลวอยู่เพียงเล็กน้อย เพื่อช่วยในการหล่อลื่น ขณะที่ปอดมีการขยายตัวตามการหายใจเข้า-ออก เนื่องจากช่องว่างนี้ปกติไม่มีอากาศอยู่ เมื่อเทียบความกดดันอากาศกับปอดแล้ว ช่องว่างนี้จึงมีความกดอากาศเป็นลบ ซึ่งทำให้ปอดขยายตัวออกได้ เมื่อผนังทรวงอกขยายตัวขณะที่เราหายใจเข้าเมื่อผิวหนังและผนังทรวงอกเกิดทะลุ เช่น จากการบาดเจ็บหรือจากหัตถการในการตรวจรักษาต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว อากาศจากภายนอกก็จะไหลเข้าไปอยู่ภายในโพรงเยื่อหุ้มปอดที่มีความกดดันอากาศเป็นลบนี้ หรือหากถุงลมหรือแขนงหลอดลมเกิดการฉีกขาดแตกทะลุ อากาศที่อยู่ในถุงลมและแขนงหลอดลมเหล่านี้ ก็จะไหลเข้าสู่โพรงเยื่อหุ้มปอดเช่นกัน เมื่อมีอากาศในโพรงเยื่อหุ้มปอด จึงมีความกดดันอากาศเกิดขึ้น (เป็นบวก) ปอดจึงไม่สามารถขยายตัวได้เท่าปกติ ทำให้อากาศจากภายนอกจากการหายใจ ไหลเข้าสู่ปอดได้ไม่เต็มที่ การแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดก็ลดลง เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการขึ้นมา ยังมีปริมาณอากาศที่เข้าไปอยู่ในโพรงเยื่อหุ้มปอดมาก ยิ่งทำให้ปอดขยายตัวได้น้อย ผู้ป่วยก็จะมีอาการมากขึ้นด้วย อากาศที่ไหลเข้าสู่โพรงเยื่อหุ้มปอดจะหยุดไหลเมื่อความกดดันอากาศภายในโพรงเยื่อหุ้มปอดเท่ากับภายนอกร่างกาย หรือภายในทางเดินหายใจของปอด แต่หากช่องทางเข้าของอากาศมีลักษณะเหมือนลิ้นที่ปิดเปิดทางด้านเดียว อากาศก็จะไหลเข้าสู่โพรงเยื่อหุ้มปอดอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีการไหลออกของอากาศเลย ความกดดันของอากาศในโพรงเยื่อหุ้มปอดก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนมีความกดดันมากกว่าอากาศภายในทางเดินหายใจของปอด ปอดก็จะไม่สามารถขยายตัวเมื่อเราหายใจเข้าได้เลย ในทางกลับกัน ปอดจะถูกกดจากแรงกดดันอากาศที่มากขึ้นไปเรื่อย ๆ จนแฟบตัวลง และปอดที่แฟบลง และแรงกดดันนี้ยังจะไปกดเบียดหลอดลมใหญ่ที่อยู่ตรงกลางทรวงอก หลอดเลือดดำใหญ่และปอดอีกข้างได้ ภาวะนี้คือภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศชนิดเกิดแรงดัน (Tension pneumothorax) ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง มีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (อำนาจ กิจควรรตี, 2551)

การวินิจฉัย

นอกจากอาการและอาการแสดงแล้ว การตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ได้แก่ (อำนาจ กิจควรดี, 2551)

1. การตรวจภาพถ่ายรังสีของปอดถือว่าการตรวจที่ทำได้ง่าย มีประโยชน์ในการวินิจฉัยและช่วยวางแผนการรักษาได้

2. การตรวจอัลตราซาวนด์ (Ultrasonography) เพื่อช่วยการวินิจฉัยภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดว่ามีมากขึ้นหรือไม่ โดยเฉพาะในห้วงฉุกเฉินกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถยืนหรือนั่งได้ และในผู้ป่วยอุบัติเหตุ

3. การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized tomography : CT scan) เป็นการตรวจวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน สามารถวินิจฉัยและคำนวณปริมาณลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้แม่นยำสูงสุด และยังสามารถตรวจพบพยาธิสภาพในปอดอื่น ๆ ได้ เช่น small pneumothorax, loculated pneumothorax

การรักษา

การรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยยึดอาการผู้ป่วยเป็นหลักพิจารณาพร้อมกับขนาดของลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมในการช่วยกำจัดลมที่รั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด มี 2 วิธี ได้แก่ (อำนาจ กิจควรดี, 2551)

1. การกำจัดลมที่รั่วอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดโดยวิธีการใส่สายระบายทรวงอก ดังนี้

1.1 การใส่สายระบายทรวงอก กรณีที่มีปริมาณลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดมากกว่า ร้อยละ 20 ใส่บริเวณช่องว่างระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 4 หรือ 5 ตรงกับรักแร้ส่วนหน้า

1.2 กรณีที่มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดที่ติดต่อกับภายนอก พบบาดแผลที่ผนังทรวงอก ต้องปิดบาดแผลด้วยวาสลินก๊อช ตามด้วยผ้าก๊อชแล้วปิดด้วยพลาสติก ร่วมกับการใส่สายระบายทรวงอก

1.3 ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดมาก จนเกิดความดันบวก แพทย์ใช้เข็มเบอร์ 14 หรือ เข็มเบอร์ 16 แทงเข้าในช่องเยื่อหุ้มปอดบริเวณระหว่างช่องซี่โครงที่ 2 ตำแหน่งกึ่งกลางไหปลาร้า เพื่อระบายลมออกมา

2. การรักษาด้วยยา ประกอบด้วย 1) การใช้ยาระงับปวด เช่น เพทิดีน 2) ยา NSAID เช่น ไอบูโพรเฟน 3) ยาปฏิชีวนะ เช่น เซฟาโซลิน

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ทรวงอก สรุปได้ดังนี้ (ประณีต ส่งวัฒนา, 2554)

1. ประเมินสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

2. ประเมินการหายใจ การขยายของทรวงอก วัดค่าความอืดตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว

3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา

4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ประเมินคะแนนความปวด ให้อาหารระงับปวดตามแผนการรักษา

5. ให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกร่างกาย
6. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล
7. ประเมินสายระบายทรวงอกให้การระบายลมและสิ่งคัดหลั่งในช่องเยื่อหุ้มปอดมีประสิทธิภาพ ไม่ให้สายระบายหัก พับ งอ หรือถูกกดทับ

8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับแผนการรักษาของโรค

ความรู้ทางเภสัชวิทยา

เพทิดีน (Pethidine) ใช้รักษาอาการปวดระดับกลางจนถึงอาการปวดแบบรุนแรง การพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ หลังให้ยาทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินระดับความรู้สึกตัวก่อนและหลังให้ยา ให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย เฝ้าระวังภาวะรูมาตาइटจากการได้รับยาเกินขนาด ภาวะระบบการหายใจถูกกด ภาวะหัวใจเต้นช้า และภาวะความดันโลหิตต่ำ

ไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) ใช้แก้ปวดที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง การพยาบาล ประเมินอาการอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระมีสีดำ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ สับสน มึนงง เสียงดังในหู ตามัว การมองเห็นผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วง ซึม อ่อนเพลีย น้อยชา เป็นลม แสบร้อนกลางอก ปวดท้อง ท้องผูกหรือท้องเดิน

เซฟฟาโซลิน (cefazolin) ใช้สำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด การติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ ทางเดินน้ำดี ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนติดเชื้อ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ การพยาบาล ประเมินอาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้งคอแห้ง ปวดท้อง ผื่นแดงคัน

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การบาดเจ็บที่ทรวงอก โดยเฉพาะภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศชนิดเกิดแรงดัน เป็นการบาดเจ็บที่ผนังทรวงอกและอวัยวะในช่องทรวงอกรุนแรง มีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนเลือด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ปอดแฟบ การแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง หรือเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด โดยอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว หากได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล สามารถลดอัตราการนอนในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ทรวงอกและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นแนวทางกรณีศึกษา โดยดำเนินการ ดังนี้

2. เลื่อนกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 34 ปี มาโรงพยาบาลด้วยถูกแทงด้วยของมีคมบริเวณ ทรวงอกด้านขวาอาการเจ็บบริเวณหน้าอกด้านขวา มีเลือดออกปริมาณมาก หายใจลำบาก 20 นาที ก่อนมา โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ โพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศชนิดมีแรงดัน จึงรับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 17 มีนาคม 2559 เลขที่ภายนอก 7018/59 เลขที่ภายใน 3449/59

3. ประเมินแบบแผนสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม ชักประวัติการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีต

4. วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล เพื่อวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย สอดคล้อง กับแผนการรักษา ลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อแก้ไขความผิดปกติ และช่วยเหลืออย่างทันที่

5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ประเมินผลการพยาบาล วางแผน การพยาบาลต่อไป เมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้ป่วย ให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

6. บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พร้อมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในเวชระเบียนผู้ป่วยทุกครั้ง

7. สรุปผลกรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 34 ปี สถานภาพสมรส โสด เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้างทั่วไป ภูมิลำเนาจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ภายนอก 7018/59 เลขที่ภายใน 3449/59 เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2559 เวลา 08.00 น. ญาตินำส่งด้วยอาการถูกแทงด้วยของมีคม มีอาการ เจ็บบริเวณหน้าอกด้านขวา หายใจลำบาก 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แกรับที่ห้องฉุกเฉิน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 86/54 มิลลิเมตรปรอท อัตราการของเดินหัวใจ 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.4 องศา ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ให้ออกซิเจน ทางหน้ากากออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที มีประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ทุกชนิด ปฏิเสธโรคประจำตัว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด 8.0 มิลลิเมตร ลึก 20 เซนติเมตร ต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรแบบควบคุมการหายใจทั้งหมด แพทย์ วินิจฉัยผู้ป่วยมีภาวะ โพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศชนิดเกิดแรงดัน ใส่สายระบายทรวงอก (intercostal drainage : ICD) ด้านขวาต่อลงขวาระบายแบบสองขวดเพื่อระบายลมและสารคัดหลั่ง ให้งดน้ำงดอาหารทางปากทุก ชนิด ส่งตรวจห้องปฏิบัติการพบความผิดปกติที่สำคัญคือ เซลล์เม็ดเลือดขาว 10.5 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร (ค่าปกติ 4.5-10 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร) neutrophils 33.8 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-75 เปอร์เซ็นต์) lymphocytes 53.6 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 20-50 เปอร์เซ็นต์) จง Packed red cell (PRC) 5 ยูนิต ให้ติดตาม ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงทุก 6 ชั่วโมง ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 400 มิลลิลิตร Acetar 850 มิลลิลิตร

ทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับสารน้ำ ความดันโลหิต 133/103 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 118 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่พบภาวะผิดปกติ ได้ยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำ แพทย์ให้คาสาขายางทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารและคาสาขสวณบัสสวเวไว้ บันทึกสัญญาณชีพ และปริมาณสารน้ำเข้าออกของร่างกายและรับไว้รักษาตัวเพื่อสังเกตอาการ

วันที่ 17 มีนาคม 2559 เวลา 12.00 น. แรกวันที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยมาด้วยเปลนอน รู้สึกตัวดี ใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร แบบควบคุมการหายใจทั้งหมด อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ปริมาตรก๊าซขณะหายใจเข้า 450 มิลลิลิตร ออกซิเจนความเข้มข้น 40 เปอร์เซ็นต์ ปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ให้การพยาบาลประเมินสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยหายใจ 12-20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ปลายมือปลายเท้าแดงดี ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีเสมหะสีขาวขุ่น ปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยอาจเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้การพยาบาลประเมินการหายใจ ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเสมหะด้วยเทคนิคปลอดเชื้อทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อมีเสมหะเพื่อลดการค้างค้ำของเสมหะ ประเมินลักษณะเสมหะ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยอุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/78 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ เสมหะสีขาวขุ่นปริมาณเล็กน้อย ผู้ป่วยใช้มือจับท่อช่วยหายใจ พยายามดึงท่อช่วยหายใจออก ผูกยึดมือทั้งสองข้างไว้ข้างเตียง ปัญหาทางการพยาบาลเสี่ยงต่อการฟุ้งร้องเนื่องจากการผูกยึดผู้ป่วย ให้การพยาบาลอธิบายถึงความจำเป็นในการผูกยึดให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ตรวจสอบบริเวณผูกยึดไม่ให้แน่นเกินไปทุกแวน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยสงบลง ตามตอบพยักหน้าได้ ไม่เกิดผลจากการผูกยึด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องงดน้ำงดอาหาร ปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอจากงดน้ำงดอาหารทางปาก ให้สารน้ำ Acetar อัตราการหยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ แบบต่อเนื่องตามแผนการรักษา ประเมินสัญญาณชีพ อาการกระหายน้ำ อ่อนเพลีย ผิวแห้ง ปากแห้ง บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกของร่างกายทุก 8 ชั่วโมง รายงานปริมาณสารน้ำเข้าออกร่างกายให้แพทย์ทราบ หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย กระหายน้ำ ผิวแห้ง ปากแห้ง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ รวม 24 ชั่วโมง ปริมาณสารน้ำเข้า 1,880 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออกร่างกาย 1,350 มิลลิลิตร แพทย์รับทราบให้สังเกตอาการต่อ ผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ประเมินคะแนนความปวดได้ 8 คะแนน ปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ให้ยา Pethidine 25 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ 1 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 15 นาที ทั้งหมด 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินอัตราการหายใจและชีพจรสูงเกินปกติ

ให้ยา Ibuprofen 400 มิลลิกรัม และ Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางสายยางจากงมูก เข้าสู่กระเพาะอาหาร ให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน Plasil 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ 1 ครั้งตามแผนการรักษา จัดทำให้ผู้ป่วยพักผ่อน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พุดคุยและให้กำลังใจผู้ป่วย หลังให้การพยาบาล ประเมินคะแนนความปวดได้ 2 คะแนน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาและหลังให้ยา ผู้ป่วยใส่สายระบาย ทรวงอกต่อลงขวระบายทรวงอกมีสิ่งคัดหลั่งสีแดงจาง ประมาณ 50 มิลลิลิตร ปัญหาทางการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากมีเลือดออกจากการบาดเจ็บที่ทรวงอก ให้การพยาบาลประเมินเยื่อปอด ติดตาม ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง (Hct) สังเกตสารคัดหลั่งภายในขวระบายทรวงอก หลังให้การพยาบาลพบเยื่อปอด แดงดี สารคัดหลั่งในขวระบายสีแดงจาง ปริมาณ 50 มิลลิลิตร รายงานแพทย์รับทราบให้สังเกตอาการต่อ ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง (Hct) ได้ 32 เปอร์เซ็นต์ ติดตามความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในเช้าวันถัดไป

วันที่ 18 มีนาคม 2559 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิกาย 36.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัว ออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ แพทย์วางแผนถอดท่อช่วยหายใจ ปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วย เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ให้การพยาบาลประเมินความพร้อม ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประเมินการหายใจ ลักษณะเสมหะ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว ให้ออกซิเจนทางข้อต่อตัวที่ผ่านท่อหลอด (T-piece) อัตราการไหลออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาทีตามแผน การรักษา นาน 2 ชั่วโมง งดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด พุดคุยชี้แจงให้ผู้ป่วยรับทราบในการรักษา ถอดท่อช่วยหายใจใส่ท่อนำออกซิเจนขนาดเล็กทางงมูก ปริมาตรออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที ประเมิน สัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 15 นาที ทั้งหมด 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพคงที่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ จัดทำนอนศีรษะสูง 30 หลังให้การพยาบาลพบผู้ป่วยหายใจได้เอง อัตราการหายใจ 16-22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 99-100 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณเสมหะเล็กน้อย ผู้ป่วยเข้าใจ ขอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือดี ผู้ป่วยใส่สายระบายทรวงอกต่อลงขวระบายทรวงอก สิ่งคัดหลั่ง ไม่เพิ่มขึ้น ปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากมีเลือดออกจากการบาดเจ็บที่ทรวงอก ติดตามความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงและรายงานแพทย์ ประเมินสารคัดหลั่งในขวระบายทรวงอก เยื่อปอด อาการอ่อนเพลีย หลังให้การพยาบาลพบผู้ป่วยเยื่อปอดแดงดี สารคัดหลั่งในขวระบายทรวงอก สีแดงจางไม่เพิ่มขึ้น ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 37 เปอร์เซ็นต์ หลังผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร จากการใส่ท่อช่วยใจ พบปัญหาผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอจากงดน้ำงดอาหารทางปาก ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ให้สารน้ำ 5% D/N/2 อัตราหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงแบบต่อเนื่อง ตามแผนการรักษา ประเมินอาการอ่อนเพลีย กระหายน้ำ ผิวแห้ง ปากแห้ง บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก ของร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย กระหายน้ำ ผิวแห้ง ปากแห้ง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ใน 24 ชั่วโมง ปริมาณสารน้ำเข้า 2,855 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออกร่างกาย 1,400 มิลลิลิตร ผู้ป่วย

ใส่ท่อระบายทรวงอก ปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก ให้การพยาบาลให้การระบายลมและสิ่งคัดหลั่งในช่องเยื่อหุ้มปอดออกอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้สายระบายหัก พับ งอ หรือถูกกดทับ ประเมินสารคัดหลั่งพบสารคัดหลั่งในขวระบาย จัดทำอนศิริยะสูง 30-45 องศา สังเกตอาการแน่นอึดอัด หายใจลำบาก สอนให้ผู้ป่วยทำ deep breathing ใช้มือสัมผัสบริเวณทรวงอก คอ ไบหน้าเพื่อประเมินภาวะมีลมใต้ผิวหนัง ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ทำความสะอาดแผลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) หลังให้การพยาบาลพบระบบการระบายลมของท่อระบายทรวงอกเป็นปกติ ไม่มีสายระบายหัก พับ งอ หรือถูกกดทับ สารคัดหลั่งในขวระบายทรวงอกไม่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไม่มีอาการแน่นอึดอัด หายใจลำบาก ไม่พบภาวะมีลมใต้ผิวหนัง ประเมินแผลไม่มีอาการปวดบวมแดงร้อน แผลแห้งดี ผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ให้การพยาบาล ประเมินคะแนนความปวด จัดทำอนศิริยะสูง 30-45 องศา ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล พุดคุยปลอบ โยนให้กำลังใจ ดูแลไม่ให้ท่อระบายทรวงอกมีการดึงรั้ง หลังให้การพยาบาลพบผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น เคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงและนอนหลับได้ คะแนนความปวด ได้ 2 คะแนน

วันที่ 20 มีนาคม 2559 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ หลังถอดท่อช่วยหายใจ แพทย์เริ่มให้รับประทานอาหารได้ ผู้ป่วยยังใส่ท่อระบายทรวงอก ปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก ให้การพยาบาลให้มีการระบายลมในช่องเยื่อหุ้มปอดออกอย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลไม่ให้สายระบายหัก พับ งอ หรือถูกกดทับ ประเมินสารคัดหลั่งในขวระบายทรวงอก จัดทำอนศิริยะสูง 30-45 องศา สังเกตอาการแน่นอึดอัด หายใจลำบาก สอนให้ผู้ป่วยทำ deep breathing ใช้มือสัมผัส บริเวณทรวงอก คอ ไบหน้าเพื่อประเมินภาวะมีลมใต้ผิวหนัง ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ทำความสะอาดแผลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) แพทย์ให้ถอดสายระบายทรวงอกและสายสวนปัสสาวะ หลังให้การพยาบาลการระบายลมของท่อระบายทรวงอกเป็นปกติ ไม่มีสายระบายหัก พับ งอ หรือถูกกดทับ สารคัดหลั่งในขวระบายทรวงอกไม่เพิ่มขึ้น หลังถอดสายระบายทรวงอกและสายสวนปัสสาวะ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล สอบถามการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย พบปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ส่งต่อปัญหาเรื่องการดูแลสายระบายทรวงอกและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแจ้งอาการปัจจุบันและแผนการรักษา และเหตุการณ์ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและการฟื้นฟูร่างกายก่อนกลับไปดูแลตนเองที่บ้านกับผู้ป่วยและญาติ หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับการรักษา ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เวลา 11.30 น. ผู้ป่วยใส่ท่อนำออกซิเจนขนาดเล็กทางจมูก ปริมาตรออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที

ใส่ท่อระบายทรวงอกและสายสวนปัสสาวะ อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/83 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์

วันที่ 21 มีนาคม 2559 ประเมินอาการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายผู้ป่วยรู้สึกลัว หงุดหงิด ร้องไห้ ช่วยเหลือตนเองและทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียงได้ อุณหภูมิกาย 35.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/71 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ประเมินความปวดได้ 2 คะแนน แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน พบปัญหาผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ให้การพยาบาลและนำผู้ป่วยในการดูแลตัวเองที่บ้าน แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เน้นย้ำอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น แผลมีอาการปวดบวมแดงร้อน มีไข้ เป็นต้น แนะนำการมาตรวจตามนัดและรับประทานยาให้ตรงเวลาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจและให้ความร่วมมือดี ประเมินความเข้าใจ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง และแจ้งผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ที่หอผู้ป่วยนอกศัลยกรรมในวันที่ 23 มีนาคม 2559 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน พบปัญหาทางการพยาบาล 7 ปัญหา คือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอจากงดน้ำงดอาหารทางปาก ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากมีเลือดออกจากการบาดเจ็บที่ทรวงอก ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับการพยาบาลและแก้ไขปัญหาทั้งหมดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน นัดมาติดตามการรักษาที่หอผู้ป่วยนอกศัลยกรรม วันที่ 23 มีนาคม 2559

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้มารับบริการได้รับการรักษาที่ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ทรวงอกในหน่วยงาน
3. โรงพยาบาลมีแนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ทรวงอกที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและพยายามดึงท่อช่วยหายใจ จึงผูกยึดมือผู้ป่วยไว้ข้างเตียง ซึ่งเสี่ยงต่อการฟุ้งร้อง และเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ
2. ผู้ป่วยมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะวิกฤตต้องให้การรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ การทำหัตถการหลายอย่างพร้อมกันเสี่ยงต่อการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตล่าช้า

3. หน่วยงานไม่มีอุปกรณ์ในการป้องกันการล้มแตก ป้องกันการเกิดกาดักน้ำของขวด และสายระบายทรวงอก

10. ข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารข้อมูลต่อผู้ป่วยและญาติ
2. ควรจัดให้มีการทบทวนความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใส่สายระบายทรวงอก ทุก 6 เดือน
3. หน่วยงานควรจัดให้มีอุปกรณ์ดูแลขวดและสายระบายทรวงอกที่ปลอดภัยไม่ให้เกิดขวดล้มแตกและเกิดกาดักน้ำ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ ฯ แล้ว

(ลงชื่อ) ฉัตรรัตน์ ๒๒๕๖/นิน
 (นางสาวฉัตรรัตน์ แห่งสูงเนิน)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 ๑๗/ก.ค. ๒๕๖๑

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ฉัตรรัตน์ ๒๒๕๖/นิน
 (นางประพิมพ์พรณ เกรียงวัฒนศิริ)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง
 (วันที่) ๑๗/ก.ค. ๒๕๖๑
 หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแล
 การปฏิบัติงานของผู้ขอรับการประเมิน
 โดยตรงในช่วงตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม 2559
 ถึงวันที่ 21 มีนาคม 2559 คือ นางสาวนัยนา
 รัตนมาศทิพย์ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

(ลงชื่อ) เพชรพงษ์
 (นายเพชรพงษ์ กำจรกิจการ)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง
 (วันที่) ๑๗/ก.ค. ๒๕๖๑
 หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ
 ในช่วงตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม 2559 ถึงวันที่ 21
 มีนาคม 2559 คือ นายชูวิทย์ ประดิษฐ์บาทูภา
 ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

เอกสารอ้างอิง

- อำนาจ กิจควรวดี. (2551). *ตำราศัลยศาสตร์ 2*. ขอนแก่น: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นัทธมน วุฒานนท์. (2554). *การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณรงค์ ชันดีแก้ว. (2555). *ศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไสว นรสารและพีรญา ไส้ไหม (บรรณาธิการ). (2559). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ.
- กวีศักดิ์ จิตต์พัฒนรัตน์. (2550). *Fundamental and New Frontier in Surgery and Trauma*. เชียงใหม่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรศักดิ์ สังขทัต ณ อยุธา, มณชิรา ตันชญและนพวรรณ โอสฤกษ์กุล (บรรณาธิการ). (2557). *ภาวะฉุกเฉินทาง ศัลยศาสตร์*. สงขลา: หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประณีต ส่งวัฒนา. (2554). *แนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและอุบัติเหตุ*. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุจิตรา ล้อมอำนาจ, กาญจนา สิมะจารึก, เพลินดา ศิริปรการและชวณพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ). (2556). *การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- งามนิตย์ รัตนานุกูล. (2552). *การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ.
- ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2555). *มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุมาลี เกียรติบุญศรี, ธนิตวีรังคนบุตร, พงศ์เทพ ชีระวิทย์และธีรเดช คุปตานนท์ (บรรณาธิการ). (2558). *Principle and Pracetical Points in Respiratory Care*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ.
- NANDA International. (2010). *Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2009-2011*. Philadelphia: Wiley-Black well.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวอมรรัตน์ แห่งสูงเนิน**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 392) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร
สำนักงานการแพทย์

เรื่อง จัดทำนวัตกรรม one two three ICD ลัลลา

หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มีสถิติการรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal drainage, ICD) ประมาณ 1 รายต่อเดือน ผู้ป่วยกลุ่มนี้อัตราการนอนรักษาในหน่วยงาน ประมาณ 4-10 วัน เดิมหน่วยงานได้นำกล่องกระดาษมาใช้ในการวางขวด ICD พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กาลักน้ำประมาณร้อยละ 95 และขวดล้นแตกประมาณร้อยละ 10 จากระยะห่างระหว่างขวดที่ไม่เหมาะสม และขนาดกล่องที่ไม่พอดีกับขวด ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดการกั๊กค้างของลมและของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ จึงเล็งเห็นความสำคัญ ในความเสี่ยงนี้ ผู้ศึกษามีแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรม one two three ICD ลัลลาเพื่อแก้ปัญหา ดังกล่าว

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อลดและป้องกันอุบัติเหตุขณะใส่สาย ICD
2. เพื่อลดและป้องกันการเกิดกาลักน้ำในระบบระบายทรวงอกผู้ป่วยที่ใส่สาย ICD
3. เพื่อให้บุคลากรมีความสะดวกในการปฏิบัติงานขณะดูแลผู้ป่วยใส่สาย ICD

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ทรวงอก มีอัตราเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงต้องได้รับการใส่สายระบาย ทรวงอกต่อลงขวดระบาย การดูแลขวดระบายทรวงอกต้องมีความปลอดภัย ไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากขวดระบายทรวงอกต้องอยู่ในระดับต่ำกว่าตัวผู้ป่วย เพื่อให้แรงโน้มถ่วง ของโลกช่วยในการระบายสิ่งคัดหลั่งจึงวางขวดระบายทรวงอกไว้กับพื้น ใช้กล่องกระดาษ รองขวดระบายทรวงอกซึ่งมีโอกาสเกิดการล้นแตกที่เป็นสาเหตุให้เกิดลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือการไหลย้อนกลับของของเหลวในขวดระบายทรวงอกเกิดการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มปอดได้

ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง

ทฤษฎีการพยาบาลที่มุ่งเน้นการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถ ทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของทุกคน คิง มีความเห็นว่า หัวใจสำคัญของการพยาบาล คือ การสร้างสัมพันธภาพ และกระตุ้นให้มีเป้าหมาย

ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ และพยาบาล ซึ่งจะบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดี ใช้มโนคติหลัก 4 ประการ (Metaparadigm) ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาลแนวคิดของคิง มีดังนี้ (ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2555)

1. บุคคล โดยเน้นการยอมรับและเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ
2. สิ่งแวดล้อม มีทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก โดยความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมทั้งสองนี้ ทำให้บุคคลมีความสามารถในการนำพลังงานมาช่วยในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกได้อย่างต่อเนื่อง
3. สุขภาพ ในสภาวะการเจ็บป่วย เป็นภาวะที่มีการเบี่ยงเบนโครงสร้างของร่างกายหรือจิตใจ หรือเป็นภาวะที่มีการขัดแย้งต่อสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม
4. การพยาบาล เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลและผู้ให้บริการ โดยทั้งสองฝ่ายมีการติดต่อสื่อสาร รับรู้สถานการณ์ มีการตั้งเป้าหมายและกำหนดจุดมุ่งหมายความสำเร็จร่วมกัน
ขั้นตอนการดำเนินงาน
 1. นำเสนอแนวคิดนวัตกรรมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเพื่อขออนุมัติและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและขอความร่วมมือกับบุคลากรภายในหน่วยงาน
 2. คิดค้นนวัตกรรม ออกแบบ จัดหาอุปกรณ์ ใช้แนวคิดการป้องกันการเกิดกัลกน้ำ โดยทดสอบระยะห่างระหว่างการวางขวด ICD ที่เหมาะสม เพื่อให้ไม่มีของเหลวค้างในสายยางหรือเกิดอุบัติเหตุขั้วสายทรวงอกล้มแตกได้
 3. นำเสนอนวัตกรรม แผนการทดลอง การประเมินผลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและบุคลากรภายในหน่วยงาน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และทำความเข้าใจเพื่อใช้นวัตกรรม
 4. ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใส่สายทรวงอก เป็นเวลา 6 เดือน
 5. ติดตามประเมินผลจากอุบัติการณ์การเกิดกัลกน้ำและขั้วสายทรวงอกล้มแตกจากผู้ป่วยที่ใส่สายทรวงอกและประเมินความพึงพอใจของบุคลากรภายในหน่วยงานในการใช้นวัตกรรม one two three ICD ล้อลา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

 1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดขั้วสายทรวงอกล้มแตกขณะใส่สาย ICD และขณะเคลื่อนไหว
 2. ผู้ป่วยไม่เกิดกัลกน้ำในระบบทรวงอกขณะใส่สาย ICD
 3. บุคลากรมีความสะดวกในการปฏิบัติงานขณะดูแลผู้ป่วยใส่สาย ICD
 4. บุคลากรสามารถประเมินสิ่งคัดหลั่งภายในขวด ICD ได้ถูกต้อง เห็นลักษณะสารคัดหลั่งชัดเจน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อุบัติการณ์ไขว้ระบายทรวงอกล้มแตก เป็น 0 ครั้ง
2. อุบัติการณ์การเกิดค้ำน้ำในระบบระบายทรวงอก เป็น 0 ครั้ง
3. บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม one two three ICD ล้อลา ขณะดูแล/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย มากกว่าร้อยละ 95

ลงชื่อ อมรรัตน์ แห่สูงเนิน
(นางสาวอมรรัตน์ แห่สูงเนิน)
ผู้ขอรับการประเมิน
๑๗/ก.ค.๒๕๖๑

เอกสารอ้างอิง

- อำนาจ กิจฉวี. (2551). *ตำราศัลยศาสตร์ 2*. ขอนแก่น: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ณรงค์ ชันดีแก้ว. (2555). *ศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ไสว นรสารและพรีญา ไสไทม (บรรณาธิการ). (2559). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- สุจิตรา ถิ่นอำนวย, กาญจนา สิมะจารีก, เพลิตตา ศิริปการและชวณพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ). (2556). *การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.