ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
   เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารร่วมกับปอดอักเสบติดเชื้อ
   (CA Stomach c̄ Pneumonia)
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
   เรื่อง การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหออภิบาล
   ผู้ป่วยศัลยกรรม

เสนอโดย
นางสาวศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบูลย์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 972)
ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารร่วมกับปอดอักเสบติดเชื้อ

(CA Stomach c̄ Pneumonia)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ จำนวน 40 วัน (ตั้งแต่วันที่ 6 สิงหาคม 2551 – วันที่ 16 กันยายน 2551)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

มะเร็งกระเพาะอาหารมีอุบัติการณ์แตกต่างกันในแต่ละประเทศและแต่ละเชื้อชาติ ในประเทศไทยมะเร็งกระเพาะอาหารยังพบได้รองจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งกระเพาะอาหารนั้นพัฒนาขึ้นจากบริเวณผนังกระเพาะอาหารและต่อเนื่องไปสู่อวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ ลำไส้ และตับอ่อน ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง มะเร็งประเภทนี้มักจะเกี่ยวเนื่องกับอาหารโดยเฉพาะอาหารหมักดองที่มีเกลือไนเตรทสูง นอกจากนี้แบคทีเรีย Helicobacter pylori เป็นแบคทีเรียที่กระตุ้นการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร

มะเร็งกระเพาะอาหารเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุแต่สันนิษฐานว่าอาหาร ฐานะทางเศรษฐกิจและปัจจัยทางพันธุกรรมอาจมีส่วนร่วมทำให้เป็นมะเร็ง โรคนี้พบบ่อยในประเทศที่นิยมกินอาหารเค็มจัด อาหารดองหรือปลารมควัน สาร benzpyrenes และ nitrosamines ในอาหารอาจมีบทบาทเป็น carcinogen คนที่มีเลือด group A หรือมีญาติที่เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร พันธุกรรม เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง ดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่จัด รับประทานผักและผลไม้น้อย และเคยผ่าตัดกระเพาะอาหารมานานกว่า 20 ปี มีโอกาสเป็นโรคนี้สูง (ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์: 2549)

พยาธิสภาพของมะเร็งกระเพาะอาหาร

มะเร็งกระเพาะอาหารเป็น adenocarcinoma ของเซลล์ที่หลั่งมูกในชั้น mucosa มะเร็งอาจมีลักษณะเป็นก้อน เป็นแผลหรือเป็น infiltrative (linitis plastica) ชนิดที่เป็นแผลพบบ่อยสุด มะเร็งพบบ่อยสุดที่บริเวณ pylorus และ antrum (ประมาณร้อยละ 50) รองลงมาคือ body , fundus และ cardia ตามลำดับ มะเร็งแพร่กระจายไปได้หลายทาง (ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์: 2549)

Direct spread มะเร็งอาจลามไปตามผนังกระเพาะถึงส่วนต้นของ Duodenumหรือส่วนล่างของหลอดอาหาร มะเร็งประเภท linitis plastica อาจลามทั่วทั้งกระเพาะหรืออวัยวะข้างเคียง

Lymphatic spread พบได้บ่อยมาก มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงต่อมาลามไปกลุ่มที่อยู่ห่างออกไป

Trancoelomic spread ทำให้มีก้อนเกาะอยู่ทั่ว ๆ ไปในช่องเยื่อบุช่องท้องผู้ป่วยมักมี ascites ร่วมด้วยเสมอ

Blood-borne metastasis ผ่าน portal vein ไปตับพบได้บ่อยกว่าอวัยวะอื่น ผู้ป่วยส่วนมากเสียชีวิตก่อนที่มะเร็งจะกระจายไปทั่วร่างกาย เช่นปอดหรือกระดูก

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคขึ้นอยู่กับประวัติและการตรวจร่างกายร่วมกับ endoscopy หรือ barium meal ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด และโลหิตจางโดยไม่มีสาเหตุชัดเจนควรสงสัยมะเร็งกระเพาะอาหาร และตรวจ occult bloodในอุจจาระ

Endoscopy ร่วมกับ biopsy มีความแม่นยำในการวินิจฉัยกว่าร้อยละ 95 (ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์: 2549)

Computed tomography scan (CT scan) ช่วยวินิจฉัยการลุกลามของมะเร็งที่เข้าอวัยวะข้างเคียง ขนาดของต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้และไกลและดู liver metastasis จึงมีประโยชน์ในการวางแผนการรักษา และในรายที่ไม่แน่ใจว่าจะทำผ่าตัดหรือไม่

การรักษา

ศัลยกรรมเป็นวิธีหลักสำหรับรักษามะเร็งกระเพาะอาหารควรทำผ่าตัดทุกราย ยกเว้นในรายที่เป็นมากและไม่อยู่ในสภาพที่ดีพอ ก่อนผ่าตัดควรแก้ไขภาวะโลหิตจางและบำรุงให้สภาพผู้ป่วยดีขึ้น แต่ไม่ควรใช้เวลาเตรียมผู้ป่วยนานเกินไป วิธีการผ่าตัดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่พบ ควรตัดกระเพาะในรายที่พบว่าตัดก้อนออกได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายหรือเพื่อบรรเทาอาการ

ในรายที่มะเร็งกระจายไปไกล เช่น ตับ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ paraaortic หรือที่ pelvic peritoneum แต่มะเร็งกระเพาะยังตัดออกได้ การทำ palliative gastrectomy โดยไม่ต้องตัดต่อมน้ำเหลือง ให้กว้างไกลเท่า radical gastrectomy จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น และเจริญอาหารขึ้นระยะหนึ่ง รวมทั้งป้องกันปัญหาแทรกซ้อน เช่น การตีบตัน เลือดออกหรือแผลมะเร็งทะลุ ในรายที่มะเร็งที่ปลายกระเพาะตัดออกไม่ได้การทำ gastrostomy ใต้มะเร็งหรือ jejunostomy จะช่วยในการให้อาหารทางท่อ

Chemotherapy โดยใช้ยาหลายตัว เช่น 5- FU ,MITOMYCIN,SEMUSTIN หรือ DOXORUBICIN อาจบรรเทาอาการหรือระงับการเจริญเติบโตของมะเร็งในร้อยละ 30-40 ของผู้ป่วย แต่ควรพิจารณาให้ยาในรายที่มีtumor burden

Radiation แบบ megavoltage อาจช่วยทำลายมะเร็งที่ตกค้างและลด local recurrenceหลังตัด primary tumor ออกแล้ว

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

2. กรอบแนวคิดวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

3. แนวทางการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของ Centers for Disease Control and Prevention: CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee: HICPAC

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

มะเร็งกระเพาะอาหาร (Cancer of stomach) เป็นมะเร็งที่พบได้ประมาณร้อยละ 81.1 มักพบใน คนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (สุรเกียรติ อาชานุภาพ : 2548) มักจะตรวจพบผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งชนิดนี้ในระยะสุดท้าย เนื่องจาก ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการปรากฏชัดเจน ได้แก่ อาการปวดท้อง น้ำหนักลด อาเจียนเป็น เลือดหรือถ่ายเป็นเลือด ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งลุกลามไปมาก ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้ เช่น พันธุกรรม เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง ดื่มเหล้าหรือ สูบบุหรี่จัด รับประทานผักและผลไม้น้อย และเคยผ่าตัดกระเพาะอาหารมานานกว่า 20 ปี ควรปรึกษา แพทย์เพื่อตรวจเช็คก่อนมีอาการผิดปกติ หากมีการตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก ๆ ก็มีทางรักษาให้หายขาด หรือมีชีวิตยืนยาวได้

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหารมีจำนวนสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลในปีพ.ศ. 2550 มี 11 คน ปีพ.ศ. 2551 มี 14 คนปี พ.ศ. 2552 มี 59 คน จะเห็นว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆแนวทางในการรักษาสามารถรักษาได้โดย การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีบำบัด ทั้งนี้ในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารระยะแรก ๆ แพทย์จะทำการผ่าตัด และให้เคมีบำบัดเพื่อให้โรคทุเลาลง หายขาด และมีอายุยืนยาว แต่ในรายที่เป็นมาก ๆ จะต้องให้เคมีบำบัดเป็นหลัก ร่วมกับการฉายแสง อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารระยะสุดท้าย อาจทำได้เพียงประคับประคอง เพื่อไม่ ให้ทุกข์ทรมาน และมักจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6-12 เดือน แต่หากดูแลรักษาร่างกายให้ดี อาจมีชีวิตอยู่ได้นานกว่านี้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารร่วมกับปอดอักเสบติดเชื้อที่ได้เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โดยศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา

2. เลือกกรณีศึกษา เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารร่วมกับปอดอักเสบติดเชื้อโดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรค ซึ่งพบได้ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โดยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ประมาณ 20 ปี รับการรักษาสม่ำเสมอเดือนกุมภาพันธ์ 2551 มีถ่ายเป็นเลือดมาตรวจที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลแพทย์นัดส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Biopsy) ผลคือ เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย วันที่ 23 กรกฎาคม 2551 แพทย์ได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลคือ เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร

แพทย์จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เลขที่ภายนอก 20189/51 เลขที่ภายใน 17392/51 วันที่ 6 สิงหาคม 2551 ได้ทำการผ่าตัดหน้าท้อง เชื่อมต่อหลอดอาหารกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ใส่สายให้อาหารบริเวณลำไส้เล็กส่วนกลาง และตัดชิ้นเนื้อบริเวณตับส่งตรวจ ได้รับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมระยะเวลาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมนาน 18 วัน พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 5 ปัญหา โดยมีการติดตามการเยี่ยมประเมินผลการพยาบาลจำนวน 5 ครั้ง ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป แพทย์จึงอนุญาตให้ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ ในวันที่ 25 สิงหาคม 2551 และยังคงให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 14 วัน

และแพทย์ได้อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 16 กันยายน 2551 โดยนัดให้มาตรวจวันที่ 8 ตุลาคม 2551

3. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมและเรียบเรียงเป็นผลงาน และนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของผลงาน

4. ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา จัดทำรูปเล่ม นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 จาก กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ประมาณ 20 ปี รับการรักษาสม่ำเสมอ ช่วยเหลือตัวเองได้ดีมีประวัติว่าประมาณกุมภาพันธ์ 2551 มีถ่ายเป็นเลือดไปตรวจที่ โรงพยาบาลรถไฟ แล้วแพทย์ให้มาตรวจที่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล แพทย์ให้ยารับประทานแล้วดีขึ้น อุจจาระปกติ ติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ๆ ต่อมา 6 มิถุนายน 2551 แพทย์นัดส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Biopsy) ผลคือ เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย วันที่ 23 กรกฎาคม 2551 แพทย์ได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลคือ เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีปวดจุกแน่นกลางท้อง ไม่มีปวดร้าว รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้อาเจียนเป็นอาหารที่รับประทาน ไม่มีอุจจาระเป็นสีดำ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด แพทย์จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เลขที่ภายนอก 20189/51 เลขที่ภายใน 17392/51 และเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนา แพทย์จึงใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่คอ เพื่อให้สารอาหารแก่ผู้ป่วยหลังจากนั้นจึงเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดกระเพาะอาหาร วันที่ 6 สิงหาคม 2551 ได้ทำการผ่าตัดหน้าท้อง เชื่อมต่อหลอดอาหารกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ใส่สายให้อาหารบริเวณลำไส้เล็กส่วนกลาง และตัดชิ้นเนื้อบริเวณตับส่งตรวจ และมีแผลผ่าตัดบริเวณกลางหน้าท้อง มีสายให้อาหารทางหน้าท้องต่อกับลำไส้เล็กส่วนต้น 1 สายเป็น สาย N.G tube เบอร์ 14 ปิดไว้ มีสายวัดความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางประเมินปริมาณน้ำในร่างกาย เพื่อรักษาระดับค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ มีสายสวนปัสสาวะเบอร์ 16 เพื่อตวงวัดปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกาย แพทย์ได้ให้การรักษาโดย ให้ยาปฏิชีวนะคือ Unasyn 3 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 9 สิงหาคม 2551 เริ่มมีไข้ขึ้นอุณหภูมิในร่างกาย 39.5 องศาเซล

ขึ้นอุณหภูมิในร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียล แพทย์จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะใหม่ให้เป็น Sulcef 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง และ Metronidazone 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 13 สิงหาคม 2551 ผู้ป่วยยังมีไข้สูง หายใจมีเหนื่อยหอบส่งเอ็กซ์เรย์ปอด พบว่าปอดติดเชื้อรุนแรงจึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะใหม่ เป็น Sulcef 2 กรัม ทุก 12 ชั่วโมง และเพิ่ม Ciprofloxacin 400 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมงและส่งเพาะเชื้อจากเสมหะและจากเลือด

ผลเพาะเชื้อจากเสมหะเป็น Moderate Pseudeomonas aeruginosa , Few Klebsiella Pneumoniae ผลเพาะเชื้อจากเลือดเป็น Klebiella oxytoca จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะใหม่โดย เพิ่ม Tienam 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยตอบสนองดีกับยาปฏิชีวนะที่ได้ โดยผู้ป่วยเริ่มไม่มีไข้จึงวางแผนให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 14 วัน แล้วให้หยุดยา และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองไม่เหนื่อยหอบ ไม่ปวดแผลผ่าตัด แผลแห้ง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยนัดให้มาตรวจ วันที่ 8 ตุลาคม 2551 ก่อนผู้ป่วยกลับบ้านได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยมาตามนัดแต่ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ทันที เช่น ปวดท้อง อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น แนะนำญาติผู้ป่วยให้ดูแลให้ยาและอาหารทางสายยางตามแผนการรักษาแนะนำให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อลดความเครียด

จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาคือ

1. ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนกาซลดลงจากระดับความรู้สึกตัวลดลงหลังผ่าตัดเนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกโดยแพทย์ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและต่อกับเครื่องช่วยหายใจ A/C mode ดูแลลักษณะการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานเป็นปกติ ดูแลให้ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง เฝ้าระวังและบันทึกลักษณะการหายใจ การขาดออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น รู้สึกตัวดี ไม่พบภาวะการขาดออกซิเจน และสาเหตุของการใส่ท่อช่วยหายใจหมดไป ความสามารถในการหายใจเท่ากับ 57 มิลลิลิตรต่อนาที(Rapid Shallow Breathing Index: RSBI) ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (ค่าปกติน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรต่อนาที) แพทย์ปรับเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยหายใจเองบางส่วน (Pressure Support mode) และให้ฝึกหายใจเองโดยใช้ออกซิเจนอย่างเดียวดูแลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการหย่าเครื่องหายใจ ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือ ฝึกหายใจ ผู้ป่วยหายใจดี อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ดูแลช่วยแพทย์ในการถอดท่อช่วยหายใจและเฝ้าระวัง บันทึกอาการการหายใจ การแลกเปลี่ยนกาซหลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจเองโดยใช้ออกซิเจนทางจมูก (O_2 canular) อัตราการไหล 5 ลิตรต่อนาที ไม่เหนื่อย อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ปัญหานี้จึงได้รับการแก้ไขหมดไป

2. ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ คือ อุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ร่วมกับผลการตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะเป็น Moderate Pseudeomonas aeruginosa , Few Klebsiella Pneumoniae ให้การพยาบาลโดย ยาปฏิชีวนะ Tienam 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง โดยเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา เช่นอาการชัก ผื่นแพ้ยา ซึ่งผู้ป่วยตอบสนองดีกับยาปฏิชีวนะที่ได้ โดยผู้ป่วยเริ่มไม่มีไข้จึงให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 14 วัน พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงหลังการให้ยา เช่น ปวดบวมแดงบริเวณที่ให้ คลื่นไส้ อาเจียนและถ่ายเหลว เป็นต้น โดยหลังให้การดูแลรักษา ไม่มีไข้ เชื้อที่พบในเสมหะตอบสนองดีกับยาปฏิชีวนะที่ได้ ไม่พบอาการข้างเคียง ปัญหานี้จึงได้รับการแก้ไขหมดไป

3. ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็คโตรลัยท์ในร่างกาย ตรวจพบ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30มิลลิลิตรต่อ 1 ชั่วโมงค่าโพแตสเซียมในเลือดเท่ากับ 3.1 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร) ค่าแมกนีเซียมในเลือดเท่ากับ 1.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 1.9-2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำหลังผ่าตัดเป็นเวลา 5 วัน ให้การพยาบาลโดยดูแลให้ยาน้ำโพแทสเซียม 30 มิลลิลิตรทางสายยาง ให้อาหารตามแผนการรักษา และ แมกนีเซียมทางหลอดเลือดดำ และได้ให้สารน้ำประเภทคอลล์ลอย ติดตามประเมินอาการ อาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ซึม อ่อนเพลีย เกร็ง กระตุก ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และติดตามผลการตรวจโพแตสเซียม และ แมกนีเซียม ติดตามวัดปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกของร่างกายและจำนวนปัสสาวะต่อ 1 ชั่วโมง หลังให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็คโตรลัยท์ในร่างกาย ติดตามค่าโพแตสเซียมในเลือดเท่ากับ 3.6 มิลลิโมลต่อเดซิลิตร แมกนีเซียมในเลือดเท่ากับ 2.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไม่พบอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อ 1 ชั่วโมง ปัญหานี้จึงได้รับการแก้ไขหมดไป

4. ปวดเนื่องจากการมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องยาวประมาณ 1 ฟุตหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดในช่วง 1 สัปดาห์แรกโดยให้ pain score ที่ 6 คะแนน ได้ยาแก้ป่วยเป็น pethidine ทางหลอดเลือดดำ หลังฉีด pain score ลดลงเหลือ 3 จึงให้การพยาบาลโดยเบี่ยงเบนความสนใจโดยให้ผู้ป่วยดูโทรทัศน์และให้พูดคุยกับญาติ จึงทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เป็นครั้งคราวหลังจาก 4 สัปดาห์ ไม่พบผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลอีก ปัญหานี้จึงได้รับการแก้ไขหมดไป

5.ญาติมีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยให้การพยาบาลโดยแนะนำตัว แจ้งอาการ แนวทางการรักษาที่เป็นปัจจุบันให้ญาติทราบ ติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยอาการ แผนการรักษากับแพทย์ ให้ความมั่นใจในการได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด ญาติมีความวิตกกังวลอยู่แต่ให้ความมั่นใจในการดูแลของแพทย์และพยาบาล จนผู้ป่วยพ้นภาวะคุกคามต่อชีวิต ญาติรู้สึกดีขึ้น ไม่มีความวิตกกังวล และแนะนำวิธีการดูแลในการให้อาหาร

หน้าท้องและการสังเกตอาการผิดปกติแก่ผู้ป่วยและญาติ ญาติรับทราบและเข้าใจ ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามผลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารและปอดอักเสบติดเชื้อ (CA Stomach c̄ Pneumonia) โดยได้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหน้าท้อง เชื่อมต่อหลอดอาหารกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ใส่สายให้อาหารบริเวณลำไส้เล็กส่วนกลาง พบว่าผู้ป่วยมีปัญหา ผู้ป่วยอาจมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนกาซลดลงหลังผ่าตัดเนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผู้ป่วยตื่นดีขึ้นและมีสัญญาณชีพปกติจึงสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ หายใจเองโดยใช้ออกซิเจนทางจมูก (O_2 canular) อัตราการไหล 5 ลิตรต่อนาที ไม่เหนื่อย ผู้ป่วยตอบสนองดีกับยาปฏิชีวนะที่ได้ โดยผู้ป่วยเริ่มไม่มีไข้จึงวางแผนให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 14 วัน แล้วให้หยุดยา ไม่พบอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อ 1 ชั่วโมง หลังจาก 4 สัปดาห์ ไม่พบผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลอีก และแนะนำวิธีการดูแลในการให้อาหารทางสายยางทางหน้าท้องและการสังเกตอาการผิดปกติแก่ผู้ป่วยและญาติ ญาติรับทราบและเข้าใจ โดยมีการติดตามการเยี่ยมประเมินผลการพยาบาลจำนวน 5 ครั้ง พบว่าปัญหาทั้งหมด 5 ข้อ ได้รับการแก้ไขทั้งหมดพร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยนัดให้มาตรวจ วันที่ 8 ตุลาคม 2551 จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร
2. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ
3. พัฒนาศักยภาพในการพยาบาล เพื่อให้ได้ผลการพยาบาลที่ดี

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

มะเร็งกระเพาะนั้นเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจนมีความรุนแรงและสามารถลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ได้ การรักษาที่สำคัญคือการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดทางหน้าท้องที่ใหญ่และมีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลังการผ่าตัดเป็นเวลานานจึงอาจเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ อีกทั้งผู้ป่วยยังไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์แปรปรวนได้ส่งผลให้เกิดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นจึงอาจเกิดแผลในกระเพาะอาหารอาจทำให้มีการหายของแผลช้าอาจเกิดจากเชื้อจากแบคทีเรีย Helicobacter pylori ในกระเพาะอาหาร อีกทั้งหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังมีสายให้อาหารทางหน้าท้องดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความรู้ความ

เข้าใจแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ อีกทั้งยังต้องแนะนำศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านให้ผู้ป่วยอีกด้วย

10. ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารและปอดอักเสบติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพ ต้องมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกัน และสามารถประเมินอาการผิดปกติหลังจากที่ผู้ป่วยได้กลับไปอยู่บ้าน

2. สอนและแนะนำผู้ที่จะมาดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการดูแล , การให้อาหารทางสายยาง ,การทำความสะอาดแผลผ่าตัด อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ เช่น มีถ่ายดำ มีไข้ เป็นต้น

3. แนะนำศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านให้กับผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์ทันที

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบูลย์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

30 พฤศจิกายน 2554

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

(วันที่) 30 พ.ย. 2554

(ลงชื่อ).....

(นายแพทย์ชัยวัน เจริญโชคทวี)

(ตำแหน่ง) คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

(วันที่) 30 พ.ย. 2554

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบูลย์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 972) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร

เรื่อง การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

หลักการและเหตุผล

การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารและปอดอักเสบติดเชื้อที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานมีโอกาสที่จะเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ได้ง่ายจึงจำเป็นต้องมีการหาวิธีป้องกันที่เหมาะสมและไม่ให้เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)

Ventilator Associated Pneumonia :VAP คือ ภาวะการเกิดปอดอักเสบหลังการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 48 ชั่วโมง ถือเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในไอซียู พบมากถึงร้อยละ 20-50 ของการติดเชื้อทั้งหมดในโรงพยาบาล จากการสำรวจทั่วประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ 2544 พบว่าปอดอักเสบติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia หรือ HAP) รวมกับ VAP เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 28.4 (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา:2009) สำหรับในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบอัตราการเกิด VAP ในโรงพยาบาลทั้งหมด 10.92 และ 9.91 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2550 และ 2551 ตามลำดับ ในหออภิบาลผู้ปป่วยศัลยกรรมวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลอัตราการเกิด VAP 8.79 และ 9.23 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2550 และ 2551 ตามลำดับ เมื่อเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น แม้ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีแล้วก็ตาม ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะนี้ จึงได้จัดทำอุปกรณ์วัดองศาเตียงขึ้นและนำไปเผยแพร่ในกลุ่มหออภิบาลของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน
2. สามารถนำความรู้ที่ได้ศึกษา เผยแพร่ยังบุคลากรในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ตามหลักการป้องกันการเกิดภาวะการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของ Centers for Disease Control and Prevention: CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee: HICPAC มีดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้แก่บุคลากร
2. การเฝ้าระวังภาวะการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. การตัดวงจรการกระจายเชื้อ ซึ่งได้แก่การทำลายเชื้อและการทำให้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ปราศจากเชื้อ รวมถึงการยึดถือปฏิบัติตามหลัก aseptic techniques
4. การลดปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ ซึ่งได้แก่การป้องกันการสำลัก การป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อบริเวณ oropharynx และการป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อภายในกระเพาะอาหาร

จากหลักการป้องกันการเกิดภาวะการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังกล่าวจะเห็นว่าการป้องกันการสำลักเชื้อก่อโรคชนิดต่างๆ ในสารคัดหลั่งที่สะสมอยู่เหนือ cuff ของท่อช่วยหายใจ และการป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อบริเวณ oropharynx สามารถป้องการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้มาก และจากงานวิจัยของ Orozco - Levi, Torres,Ferrer,Piera,El-Ebiary,Bellacasa, & Rodriguez-Roisin,(1995) ชื่อเรื่อง Semirecumbentposition protects from pulmonary aspiration but notcompletely from gastroesophagealreflux in mechanically ventilated patienyts ผลจากการวิจัย พบว่า

1. Radioactivity counting (RAc) จากตัวอย่างใน oropharyngeal ในชั่วโมงที่ 1-4 ท่าศีรษะสูงมีปริมาณ gastric content น้อยกว่าท่านอนหงายราบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในชั่วโมงที่ 5 ปริมาณ gastric content ไม่แตกต่างในทั้งสองท่า
2. ปริมาณ gastric content ใน bronchial secretion ในชั่วโมงที่ 5 ในท่านอนหงายราบเพิ่มขึ้นมากกว่าท่าศีรษะสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. จากการเพาะเชื้อ มีเชื้อจากกระเพาะอาหารใน pharynx ในผู้ป่วย 6 ราย (4ราย อยู่ในท่านอนหงายราบในชั่วโมงแรกและต่อมาอยู่ในท่าศีรษะสูง)
4. มีเชื้อจาก pharynxใน bronchi ในผู้ป่วย 2 ราย (1ราย อยู่ในท่านอนหงายราบและ 1ราย อยู่ท่าศีรษะสูง)Schallom,Metheny,Stewart,Schnelker,Ludwing , Sherman, & Tayler,(2005) เรื่อง Effect of frequency of manual turning on pneumonia ผลจากการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะปอดอักเสบ (ค่าเฉลี่ยการพลิกตัว = 8.67 ครั้ง) พลิกตัวน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ (ค่าเฉลี่ยการพลิกตัว = 10.62 ครั้ง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะปอดอักเสบ ได้แก่

2.1 ความสูงของศีรษะขณะนอน (ค่าเฉลี่ยความสูงของศีรษะผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ = 24.9 องศา มีค่ามากกว่าความสูงของศีรษะในผู้ป่วยที่เกิดภาวะปอดอักเสบ (ค่าเฉลี่ย = 21.9 องศา) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ระยะเวลาในการนอนหงาย ผู้ป่วยที่เกิดภาวะปอดอักเสบ (ค่าเฉลี่ย = 72.6 %) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

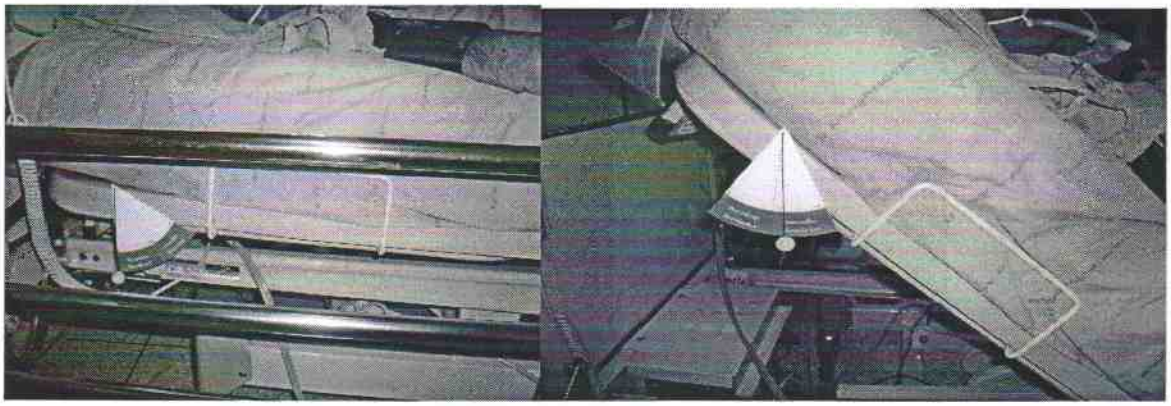
สำหรับเตียงผู้ป่วยที่มีใช้อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมนั้น เป็นเตียงระบบไฟฟ้าที่สามารถควบคุมเตียงในการปรับระดับท่านั่ง ท่างอเข่าและระดับความสูง- ต่ำ ของเตียงได้ ดังนั้นจึงทำให้เป็นปัญหาในการกำหนดค่าองศาเตียงที่แน่นอน และได้มาตรฐานที่ถูกต้อง ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมาบุคลากรยังไม่มีการใช้อุปกรณ์ในการกำหนดค่าองศาเตียง แต่ใช้วิธีการกะประมาณด้วยสายตาซึ่งอาจก่อให้เกิดความคาดเคลื่อน หรืออาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำอุปกรณ์วัดองศาเตียงที่ได้มาตรฐาน เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มาปฏิบัติจริง

2. ค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีหลายปัจจัย และควรมีแนวทางอื่นๆ นำมาใช้ร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

อุปกรณ์ที่วัดองศาเตียง



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน
2. เป็นการพัฒนาศักยภาพบริการการพยาบาลของหน่วยงาน
3. สามารถนำความรู้ที่ได้ศึกษาเผยแพร่ยังหน่วยงานและผู้สนใจ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ลดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลได้ 4.1 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ

$$\text{อัตราการเกิด VAP} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการเกิดVAP}}{\text{จำนวนวันผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ}} \times 1{,}000$$

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบูลย์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

30 พฤษภาคม 2557