

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2550 ถึง วันที่ 12 ธันวาคม 2550)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการ อาการแสดง และแนวทางการรักษา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction:AMI) เกิดจากเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจทางหลอดเลือด (coronary arteries) ได้ไม่เพียงพอทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย หลอดเลือดโคโรนารีอาจมีการอุดตันของสิ่งกีดขวาง (thrombosis) หรือมีสารไขมันจับหลอดเลือด (atherosclerosis) ซึ่งได้แก่ สารไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ เช่น คอเลสเตอรอล ไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ และดีปแคป ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง กล้ามเนื้อหัวใจจึงได้รับสารอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ

อาการและอาการแสดง

อาการเจ็บหน้าอกรุนแรง เจ็บแน่น ๆ เหมือนถูกบีบรัด ส่วนใหญ่เป็นบริเวณกลางอก เจ็บปวดแบบร้าว (refer pain) ไปคอ แขน ขากรรไกร กราม หลัง เป็นเวลานานกว่า 30 นาที ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อแตก ร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจบริเวณเวนทริเคิลซ้าย ตายกว่าร้อยละ 40 ทำให้หัวใจล้มเหลวเกิดอาการช็อกหัวใจได้

การวินิจฉัยโรค

1. ชักประวัติความเจ็บปวด ลักษณะของความเจ็บปวด เป็นนานเท่าใด ทำอย่างไรจึงทุเลา ขณะปวดมีกิจกรรมอะไร เคยเจ็บปวดเช่นนี้มาก่อนหรือไม่
2. การตรวจร่างกาย การฟังเสียงหัวใจ การประเมินการไหลเวียนเลือด
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอนไซม์ คือ creatinin phosphokinase (CPK) serum glutamic oxaloacetic transaminase (SGOT) lactic dehydrogenase (LDH) และ Troponin - T
4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
5. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (exercise stress test)
6. การบันทึกภาพคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiogram)
7. การฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี (coronary angiography)
8. การสวนหัวใจ (cardiac catheterization)
9. การตรวจทางนิวเคลียร์สแกน

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1. การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการ โดยการให้ออกซิเจน

2. การรักษาเพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็ว โดยการจัดการอุดตัน คือ
 - 2.1 การละลายลิ่มเลือด (thrombolysis)
 - 2.2 การฉีดยาขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี (percutaneous transluminal coronary angioplasty:PTCA)
 - 2.3 การใส่ตาข่ายขดลวดขยายหลอดเลือด (stent)
 - 2.4 การตัดสิ่งอุดตัน (atherectomy)
 - 2.5 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใหม่ (coronary artery bypass graft:CABG)

3.2 ความรู้ทางเภสัชวิทยา

1. enoxaparin ป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ป้องกันการแข็งตัวของเลือด
อาการข้างเคียง อาจมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำผิดปกติ
2. morphine ใช้ระงับปวด ลดปริมาณเลือดกลับคืนสู่หัวใจ ให้หัวใจทำงานน้อยลง
อาการข้างเคียง กดการหายใจ ม่านตาเล็กลง คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ
3. Isordil มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจ ต้องการปริมาณออกซิเจนลดลง
อาการข้างเคียง มึนงง ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ตาพร่า ความดันโลหิตต่ำ ปวดท้อง
4. aspirin,plavix เป็นยาป้องกันและลดลิ่มเลือดอุดตัน โดยจะต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด
ในระยะเฉียบพลันและระยะยาว
อาการข้างเคียง ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ทำลายหน้าที่ของเกล็ดเลือด อาจมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ เลือดแข็งตัวช้า เวียนศีรษะ ถ้าแพ้จะมีอาการบวม ผื่นคัน ผิวน้ำตาล
5. lorazepam ระงับความวิตกกังวล บรรเทาความตึงเครียด
อาการข้างเคียง ง่วงนอน อ่อนเพลีย สับสน มึนงง
6. atenolol ช่วยลดความดันโลหิตสูง ต้านการจับหน้าอกจากหลอดเลือดหัวใจตีบ
อาการข้างเคียง อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย มึนงง คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ
7. Senokot เป็นยาระบาย ป้องกันการท้องผูก
อาการข้างเคียง ท้องเสีย แน่นอึดอัดท้อง
8. dimendehydrinate ช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ
อาการข้างเคียง ง่วง มึนซึม ตามัว กระสับกระส่าย ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ ปากคอแห้ง
9. ranitidine,omeprazole ยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร รักษาแผลในลำไส้ส่วนต้น
แผลในกระเพาะอาหาร หลอดอาหารอักเสบ
อาการข้างเคียง พบน้อย อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ มีผื่นขึ้น

10. simvastatin ลดไขมัน และคอเลสเตอรอลในเลือด

อาการข้างเคียง ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย อาจทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี
หัวใจเต้นผิดจังหวะ

11. hydrochlorothiazide ขับปัสสาวะ ทำให้ไตขับน้ำส่วนเกินออกมา

อาการข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง สับสน การมองเห็นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง

12. captopril เป็นยาขยายหลอดเลือด ช่วยลดและป้องกันการเกิดหัวใจวาย

อาการข้างเคียง เวียนศีรษะ มึนงง ผิวหนังมีผื่นแดง ใบหน้าบวมริมฝีปากบวม เจ็บหน้าอก

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตอย่างรุนแรงและรวดเร็ว การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วถูกต้อง มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดอัตราการตาย ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายถาวร ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย หัวใจแตก เป็นต้น การพยาบาลที่สำคัญคือ ส่งเสริมให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพียงพอ การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายจากโรคและภาวะแทรกซ้อน การบรรเทาความเจ็บปวด การให้ความรู้ ความเข้าใจ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีดังนี้

ลดและบรรเทาความเครียด โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเชื่อมั่นและวางใจเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลและการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเท่าที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังอยู่ในสภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิตเนื่องจากผลของความเจ็บป่วย หรือระหว่างที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดอาจมีระดับความดันโลหิตลดลงมาก เหงื่อออก ตัวเย็น หัวใจเต้นช้าลง ใจสั่น แต่ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวดี พยาบาลควรอยู่ดูแลใกล้ชิด

ลดการใช้ออกซิเจนโดยการหลีกเลี่ยงไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และจัดกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ โดยมีการจัดระเบียบการพยาบาลผู้ป่วยให้ถูกรบกวนน้อยที่สุดเท่าที่สามารถจะกระทำได้ ไม่ให้ผู้ป่วยออกแรงด้วยตนเอง เช่น เบ่งอุจจาระและปัสสาวะ

ช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวดและช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจน โดยการให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่ส่งไปเลี้ยงหัวใจ ซึ่งจะส่งผลช่วยลดอาการเจ็บปวดได้ ให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด ลดความกลัวโดยแพทย์มักจะให้ยา morphine ทุกครั้งที่ผู้ป่วยเจ็บปวด การที่ผู้ป่วยเจ็บปวดและกระสับกระส่ายจะทำให้หัวใจเต้นเร็วและหลอดเลือดหดตัว หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้นและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือภาวะหัวใจวายได้

ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วและปลอดภัย โดยร่วมกับแพทย์ในการซักถามและประเมินประวัติการเจ็บป่วยที่อาจมีข้อห้ามต่อการได้รับยาละลายลิ่มเลือด สังเกตและบันทึกภาวะเลือดออก รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น หลีกเลี่ยงการแปรงฟันแรงๆ เพราะจะทำให้มีเลือดออกได้ง่าย สังเกตภาวะเลือดออกที่ผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

กรณีศึกษา ชายไทยอายุ 61 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพข้าราชการบำนาญ ภูมิลำเนาจังหวัดกรุงเทพมหานคร

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ มีอาการจุกแน่นหน้าอก ปวดดันคอราวไปที่ไหล 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในวันที่ 9 ธันวาคม 2550 เวลา 05.50 น. เลขที่ภายนอก 606/49 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผลการตรวจพบว่ามี ST depress ใน V2 V3 V4 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 79 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ยาขยายหลอดเลือดหัวใจ Isordil 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด อมใต้ลิ้น ให้ยา morphine 3 มิลลิกรัมฉีดทางหลอดเลือดดำโดยฉีดซ้ำๆ เพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการเจ็บแน่นหน้าอก ให้ยา aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด เกี่ยวก่อนกลืน เพื่อดำเนินการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ภายหลังได้ยา morphine ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา dimenhydrinate 50 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ฝ้าสังเกตสัญญาณชีพ หลังได้รับยา morphine อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ และยา ranitidine 50 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ เพื่อช่วยยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร เนื่องจากได้รับยา aspirin ทำการตรวจ เอกซเรย์ปอดเพิ่มเติม ผลการตรวจปกติ หลังจากนั้นได้เจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ แล้วรับผู้ป่วยเข้ารักษาและอยู่ในความดูแลในหอผู้ป่วยสามัญชายเวลา 07.30 น. เลขที่ภายใน 6299/50

แรกรับที่หอผู้ป่วยสามัญชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าไม่สุขสบายมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเล็กน้อย มีอาการเหนื่อย หายใจเร็ว ไม่หอบ ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที จากการซักประวัติผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นมาประมาณ 5 ปี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือด

แดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซนต์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Troponin T ผลการตรวจ negative (ค่าปกติ negative) CPK 70 ยูนิตต่อลิตร (ค่าปกติ 55-170 ยูนิตต่อลิตร) CKMB 7.8 ยูนิตต่อลิตร (ค่าปกติ 0-16 ยูนิตต่อลิตร) ผลโลหิตวิทยา เม็ดเลือดขาว 11,400 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 4,500-10,700 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ความเข้มข้นของเลือด 46.4 เปอร์เซนต์ (ค่าปกติ 36-48 เปอร์เซนต์) ฮีโมโกลบิน 15.8 เปอร์เซนต์ (ค่าปกติ 14-18 เปอร์เซนต์) จำนวนเกล็ดเลือด 231,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 150,000-450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ตรวจหาปริมาณ อิเล็กโตรลัยต์ในร่างกาย ผลการตรวจพบ โซเดียม 141.8 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 135-145 มิลลิโมลต่อลิตร) โพแทสเซียม 3.76 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) คลอไรด์ 112 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อลิตร) ไบคาร์บอเนต 24 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 24-32 มิลลิโมลต่อลิตร) ตรวจการทำงานของไต BUN 10.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 8-20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) creatinin 0.92 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 0.6-1.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่ามี ST depress ใน V2 V3 V4 จังหวะการเต้นของหัวใจปกติ อัตรา 66 ครั้งต่อนาที

จากการตรวจร่างกายเพิ่มเติม ปอด 2 ข้างไม่พบเสียงผิดปกติ แขนขาไม่บวม หลอดเลือดดำบริเวณคอไม่มีโป่งพอง ผิวหนังปกติ หู คอ จมูกปกติ การตอบโต้ทางระบบประสาทปกติ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนให้กับเนื้อเยื่อ หลังประเมินอาการ สัญญาณชีพและผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แพทย์ให้การรักษาโดยให้หึ่งดน้ำและอาหารยกเว้นยา ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ซึ่งปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกมีความสมดุลกัน ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด enoxaparine 0.6 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังวันละครั้ง ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด แพทย์ได้อธิบายกับผู้ป่วยและญาติโดยให้ข้อมูลการรักษา ความจำเป็นในการให้ยาละลายลิ่มเลือด พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะให้ยา เช่น ภาวะเลือดออกง่าย แนะนำผู้ป่วยงดการแปรงฟันเนื่องจากอาจทำให้เกิดเลือดออกตามไรฟัน ระวังป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ สังเกตและระวังการเกิดภาวะเลือดออกมากผิดปกติจากตำแหน่งที่แทงเข็มต่าง ๆ เช่นการเจาะเลือด บริเวณที่ฉีดยา รวมทั้งซักประวัติข้อห้ามก่อนให้ยา และให้ยาลดการลั่งกรดในกระเพาะอาหาร omeprazole 20 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า และเย็น ยา plavix 75 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า ยา aspirin 300 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า ยา Senokot ครั้งละ 2 เม็ดก่อนนอน และยา lorazepam 0.5 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน เวลา 18.30 น. ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซนต์ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก รายงานแพทย์มีค่าตั้ง

การรักษาโดยให้ยา dimenhydrinate 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ สังเกตอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และ On EKG monitor ไว้พร้อมทั้งติดตามบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงพบว่าปกติ ดูแล ให้ผู้ป่วยพักผ่อน ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนและคลายความวิตกกังวลลงได้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอกลดลง

วันที่ 10 ธันวาคม 2550 เวลา 08.00 น. ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจ โดยใส่สายออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนเกลือต่ำ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไข้ ผลการตรวจพบ ST depress ลดลง และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Troponin T ผล positive CPK 2,863 หน่วยต่อลิตร CKMB 199.6 หน่วยต่อลิตร ติดตามบันทึกสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 62 - 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60 - 110/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 98 - 100 เปอร์เซ็นต์ แพทย์มีคำสั่งการรักษาเพิ่มเติมคือให้ยา hydrochlorothiazide ครั้งละ ครั้งเม็ดหลังอาหารเช้า ยา atenolol 50 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า ยา Isordil 10 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า กลางวัน และเย็น ยา Isordil 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ และช่วยเหลือตนเองบนเตียง ขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ เองไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใดๆ ทั้งอาการ การแสดง และสัญญาณชีพ ไม่มีภาวะน้ำท่วมปอดหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกมีความสมดุลกัน เวลา 20.00 น. แพทย์ให้ส่งตรวจ Troponin T ไข้ ผล positive CPK 1,516 หน่วยต่อลิตร CKMB 95 หน่วยต่อลิตร ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไข้ ผลการตรวจ ST depress ใน V2 V3 V4 คงเดิม ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา enoxaparine 0.6 มิลลิลิตร ตามแผนการรักษา และสังเกตภาวะเลือดออกเนื่องจากได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด แนะนำผู้ป่วย ให้ระวังการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลให้พักผ่อน ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้

วันที่ 11 ธันวาคม 2550 เวลา 06.00 น. ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ยังใส่สายออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที เจาะเลือดตรวจ Troponin T ผล positive CPK 933 หน่วยต่อลิตร CKMB 56.5 หน่วยต่อลิตร เวลา 08.30 นาฬิกา แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ให้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไข้ ผลการตรวจ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง อัตราการเต้นของหัวใจปกติมีหัวใจขาดเลือดส่วนหน้า (normal sinus rhythm inverted T ใน V2 V3) อัตราการเต้นหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที แพทย์ปรับแผนการรักษาให้ enoxaparin 0.6 มิลลิกรัม นิดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง ให้หยดยา hydrochlorothiazide เปลี่ยนเป็น captopril 25 มิลลิกรัม เศษ 1 ส่วน 4 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง จำนวน 1 วัน ก่อนให้ยาวัดความดันโลหิต systolic 100 มิลลิเมตรปรอท เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เท่ากับ 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจการทำงานของไต ผล BUN 13.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร creatinine 1.04 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตรวจอิเล็กโทรลิตต์ ผล โซเดียม 137.7 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 3.68 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 104 มิลลิโมลต่อลิตร ไบคาร์บอเนต 33 มิลลิโมลต่อลิตร และ On EKG monitor เพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ

วันที่ 12 ธันวาคม 2550 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ก่อนกลับได้ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องครบถ้วนและสม่ำเสมอ โดยเน้นการบอกชื่อยาที่ผู้ป่วยได้รับ จุดประสงค์ของการให้ยา ขนาดของยา อาการข้างเคียงและข้อควรระวังในการให้ยา อาการที่ควรรีบมาโรงพยาบาลและการปฏิบัติตัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ได้แก่ ให้ยา Isordil 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดอมได้ลิ้นเวลามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ห่างกันทุก 5 นาทีรวม 3 ครั้ง ถ้าอาการไม่ทุเลาให้รีบมาพบแพทย์ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง สมอหมู หนัสดัว เนย น้ำมันปาล์ม ไขมันสัตว์ งดอาหารกะทิ รับประทานอาหารกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำเพื่อช่วยขับถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น ไม่ให้เบ่งถ่าย สามารถรับประทานยาระบายได้ตามแผนการรักษา การออกกำลังกายให้เริ่มเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน เดินแอโรบิก นาน 30-60 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ แล้วค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาและความถี่ เสริมด้วยการทำงานในชีวิตประจำวัน เช่น ปลูกต้นไม้ โดยไม่ให้มีอาการเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก งดการมีเพศสัมพันธ์ ประมาณ 4 - 8 สัปดาห์นับตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลศึกษาติดตามและประเมินผลผู้ป่วยเป็นเวลา 4 วัน มีการติดตามเยี่ยมอาการ จำนวน 4 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการรักษาโดยให้ยาที่ต้องขยายหลอดเลือด และได้รับยา morphine เพื่อบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกและยาละลายลิ่มเลือด ได้ให้การดูแลพยาบาล ช่วยเหลือ เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเป็นแนวทางใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

8.3 เพื่อเป็นแนวทางในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบปัญหาดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำแต่จำเป็นต้องได้รับยา Isordil ที่ต้องขยายหลอดเลือด และได้รับยา morphine เพื่อบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งยาทั้ง 2 ตัว มีผลข้างเคียงทำให้ความดันโลหิตต่ำ ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล โดยการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา และประเมินอาการผู้ป่วยทั้งทางด้านสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด จนกว่าอาการจะคงที่ ประเมินความผิดปกติจากเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด พร้อมทั้งต้องสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา ได้แก่ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ อาจมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย และญาติ เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว ให้คำอธิบาย และให้ข้อมูล วัน เวลา สถานที่ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ชักถามถึงอาการเจ็บปวด ความสุขสบายพร้อมทั้งให้กำลังใจ แจ้งแนวทางการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ แนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน การออกกำลังกาย การลดและบรรเทาความเครียด การควบคุมเบาหวาน และความดันโลหิตสูง งดสูบบุหรี่ เป็นต้น เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน แนะนำอธิบายตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย และญาติ โดยเน้นให้ผู้ป่วย และญาติ เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัด หรือมาทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ ผู้ป่วย และญาติให้ความสนใจ และซักถามจนเข้าใจดี

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรมีการประสานงานในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันมาให้ความรู้ โดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลตนเองในเบื้องต้นได้ เช่น ลดอาหารไขมัน งดดื่มสุรา เบียร์ งดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการเผชิญอารมณ์เครียดรุนแรง สังเกตอาการที่ผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอกอ้อมยาไต้ลิ้นแล้วอาการไม่ดีขึ้น หน้ามืด หายใจลำบาก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

10.2 จัดให้พยาบาล ในหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับความรู้ทางวิชาการ การรักษาพยาบาลใหม่ ๆ อยู่เสมอ เช่น ส่งอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ

10.3 จัดหลักสูตรปฐมนิเทศบุคลากรทางการพยาบาลใหม่ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

10.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าพักรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักได้ ควรจัดเตียงให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อสามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด

10.5 ควรมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเริ่มวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ภายหลังจำหน่าย (assessment) แล้ววางแผนจำหน่าย (plan) และนำแผนจำหน่ายไปใช้ (implementation) มีการติดตามและประเมินผล (evaluation) เพื่อลดภาวะการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

10.6 ประสานหน่วยงานเกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) เช่น เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย แจ้งไปยังกลุ่มงานอนามัยชุมชนเพื่อประสานส่งต่อไปยังศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และศูนย์สาธารณสุขส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านกลับมายังโรงพยาบาล

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ) กิต ไรท์

(นางสาวทิวา ไรท์)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) - 9 มิ.ย. 2552 /

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) น.ล. ใจ

(นางศุภจิต นาคะรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์

(วันที่) - 9 มิ.ย. 2552 /

(ลงชื่อ) น.ล. ใจ

(นางสาวสมจิตต์ พุ่มไทร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

สำนักงานแพทย์

(วันที่) - 9 มิ.ย. 2552 /

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวทิวา ไชคำ**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 44) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์
เรื่อง ลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

หลักการและเหตุผล

การที่กระเพาะปัสสาวะมีปัสสาวะค้างอยู่จำนวนมาก จะก่อปัญหาและโรคที่เป็นอันตรายร้ายแรงตามมาได้ เช่น การสูญเสียหน้าที่ในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะหรือกระเพาะปัสสาวะแตก นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ก็ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย เช่นเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทางด้านจิตใจอาจเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากทำให้สูญเสียภาพลักษณ์จากการไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้การดูแล ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวมีตั้งแต่การช่วยเหลือในขั้นต้นที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล และการให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การคาสายสวนปัสสาวะเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายกับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว มีปัญหาปัสสาวะเล็ด ริด (neurogenic bladder) หรือเมื่อต้องการบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออก การคาสายสวนปัสสาวะไม่ถูกวิธี และการดูแลผู้ป่วยในขณะที่คาสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การดึงรั้ง พับงอ ของสายสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะไม่เป็นระบบปิด ไม่ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น อันตรายจากสาเหตุที่พบภาวะแทรกซ้อนอาจถึงแก่เสียชีวิตได้ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ(CAUTI) หมายถึง ภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยเกิดหลังจากผู้ป่วยได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะ ตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไปหรือหลังจากถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 7 วัน การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งถือเป็นปัญหาของโรงพยาบาล ดังนั้นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจึงมีนโยบายให้

บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยสนับสนุนและพัฒนาความรู้ให้กับบุคลากรทุกระดับเพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าหอผู้ป่วยสามัญชายมีอัตราการติดเชื้อ 2.37 ครั้งต่อ 1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้กำหนดขึ้น

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง โดยบุคลากรทุกคนในหอผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และเห็นถึงความสำคัญ ดังนั้นจึงต้องมีการค้นหาสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ โดยมุ่งเน้นปรับปรุงระบบและกระบวนการนั้นๆเพื่อหาโอกาสปรับปรุงระบบอันนำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ

กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ จากตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยให้กับบุคลากรในหน่วยงาน พร้อมทั้งให้ข้อมูล และแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
2. เสนอวิเคราะห์ลำดับความสำคัญของปัญหา จัดประชุมเพื่อชี้แจงปัญหาและสถิติการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดจากการคาสายสวนปัสสาวะ
3. จัดทำแบบประเมินสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
4. มีการตรวจสอบการปฏิบัติเป็นระยะ โดยใช้แบบประเมินที่จัดทำและให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) เป็นผู้ประเมินกระบวนการปฏิบัติงาน และรายงานผลลัพธ์ในที่ประชุมหอผู้ป่วยทุก 3 เดือน
5. เก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดจากการคาสายสวนปัสสาวะ มาประชุมเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหายังต่อเนื่อง

ตัวอย่าง แบบสังเกตการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวน
ปัสสาวะ

ครั้งที่...../.....

หน่วยงาน.....

ลำดับ ที่	หัวข้อประเมิน	ชื่อ.....		ชื่อ.....	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1	ตรวจสอบการยึดตรึงสายสวนปัสสาวะขณะ รับ - ส่งเวร				
2	ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสสายสวนปัสสาวะ และถุงรองรับปัสสาวะ				
3	จัดหาขวดสำหรับเทพัสสาวะของผู้ป่วยแต่ละ ราย โดยแยกเท 1 เคียงต่อ 1 ขวด				
4	ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิด ตลอดเวลา				
5	ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่โค้งงอ (ตกท้องข้าง หรือตัว J)				
6	Clamp สายสวนปัสสาวะชั่วคราวถ้ามีการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย				
7	เทพัสสาวะทิ้งทุกครั้งก่อนส่งผู้ป่วยไปนอก หน่วยงาน				
8	ดูแลให้ถุงรองปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าเอวถ้าผู้ป่วย ลุกเดิน				
9	เทพัสสาวะเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ 2/3 ของ ถุงปัสสาวะ				
10	เปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะเมื่อสายต่อรั่วโดย เปลี่ยนใหม่ทั้งชุด				
11	เช็ดปลายท่อก่อนและหลังเทพัสสาวะโดยใช้ สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70%				

แบบสังเกตการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ

ลำดับ ที่	หัวข้อประเมิน	ชื่อ.....		ชื่อ.....	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
12	ระวังไม่ให้ท่อเปิดเทปัสสาวะสัมผัสกับภาชนะที่รองรับหรือพื้นอาคาร				
13	ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็นและทุกครั้งหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ				
14	เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะเมื่อจำเป็น เช่น อุดตันหรือสายสวนสกปรกมีตะกอน				
15	การเก็บปัสสาวะจากสายสวนปัสสาวะ				
	15.1 เตรียมกระบอกลีดยาและเข็มปราศจากเชื้อ เบอร์ 24 - 25				
	15.2 สำลีปราศจากเชื้อ				
	15.3 แอลกอฮอล์ 70 %				
	15.4 ล้างมือ 7 ขั้นตอน				
	15.5 สวมถุงมือสะอาด				
	15.6 เช็ดสายสวนปัสสาวะตรงกระเปาะด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70 %				
	15.7 เช็ดสายสวนปัสสาวะตรงกระเปาะด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70 % เมื่อถอดเข็ม				
	15.8 ถอดถุงมือทิ้งลงขยะติดเชื้อ				
15.9 ล้างมือแบบ Hygienic hand washing					
16	ตรึงสายสวนปัสสาวะด้วยพลาสติกดำแห้งที่ถูกต้อง				

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
2. ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและของโรงพยาบาลในการรักษาภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล
4. ลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยเนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
5. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะลดลง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ = 1.5:1000 วัน
ที่คาสายสวนปัสสาวะ

(ลงชื่อ) จิต ไชคำ
(นางสาวทิวา ไชคำ)
พยาบาลวิชาชีพ 5
ผู้ขอรับการประเมิน
(วันที่) 9 เม.ย. 2552