

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Diabetic Ketoacidosis : DKA)
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะคา (Catheter Associated Urinary Tract Infection : CAUTI) โดยใช้หม้อนอนรองรับการทำควมสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่าย

เสนอโดย

นางสาวยุพา ดีหลาย

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 989)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
(Diabetic Ketoacidosis : DKA)
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 13 วัน (ตั้งแต่วันที่ 28 มีนาคม 2550 ถึงวันที่ 9 เมษายน 2550)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

3.1 ความรู้เรื่องโรค

ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดจากร่างกายขาดอินซูลิน หรือสร้างอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะกรดในร่างกายนอกจากนี้ของคีโตนในเลือด ทำให้ผู้ป่วยหายใจหอบลึกพร้อมกับมีการขาดน้ำอย่างรุนแรง

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

เมื่อร่างกายขาดอินซูลิน จะมีการเพิ่มของกลูคากอน ทำให้การเผาผลาญน้ำตาลกลูโคสลดน้อยลง กระตุ้นให้ตับผลิตน้ำตาลกลูโคสเพิ่มมากขึ้น ตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูง มีการรั่วของน้ำตาลในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อยและมากจากภาวะออสโมติก(osmotic diuresis) เกิดการขาดน้ำและเกลือแร่ ผลทำให้ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง และการขาดอินซูลินนั้นจะไปกระตุ้นให้มีการสลายโปรตีนและไขมันเป็นผลทำให้เกิดสารคีโตนในเลือดจากกระบวนการสร้างสารคีโตน (ketogenesis) ตรวจพบคีโตนในเลือดและในปัสสาวะ เกิดภาวะกรดในเลือด การที่ร่างกายมีภาวะกรดในเลือดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีผลต่อระบบประสาททำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีผลทำให้เกิดการหายใจหอบลึก (kussmaul breathing) ผลจากการขาดอินซูลินและทำกลูคากอนเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ที่สำคัญในร่างกาย

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

1. ปัสสาวะบ่อย คิมน้ำมาก ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะออสโมติก (osmotic diuretic)
2. ภาวะเลือดเป็นกรด
3. อาการคลื่นไส้ อาเจียน
4. หายใจหอบลึก
5. อาจพบผู้ป่วยมีอาการปวดท้องร่วมด้วย

วินิจฉัยโรค

1. ประวัติการเจ็บป่วย
2. อาการและอาการแสดงทางคลินิก
3. ระดับพลาสมากลูโคสสูงกว่า 300-350 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

4. มีภาวะกรดเมตาบอลิคชนิดไอออนแก็บกว้าง (wind anion gap)

4.1 ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีความรุนแรงน้อย มีระดับซีรัมไบคาร์บอเนต < 15-18 มิลลิอิควิวาเลนต่อลิตรและค่า pH ในเลือดแดง >7.3

4.2 ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีความรุนแรงปานกลาง มีระดับซีรัมไบคาร์บอเนต < 10-15 มิลลิอิควิวาเลนต่อลิตร และค่า pH ในเลือดแดง 7.1 - 7.3

4.3 ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีความรุนแรงมาก มีระดับซีรัมไบคาร์บอเนต < 10 มิลลิอิควิวาเลนต่อลิตร และค่า pH ในเลือดแดง <7.1

5. ตรวจพบคีโตนในเลือดโดยตรงสูงกว่า 5 มิลลิโมลต่อลิตร หรือตรวจพบคีโตนในปัสสาวะ

(สุทิน ศรีอัญญาพร.2548,หน้า 301)

การรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีหลักการดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียด พร้อมทั้งการส่งตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจค่าอิเล็กโทรลัยท์ ค่าคีโตนทั้งในเลือดและในปัสสาวะ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจรังสีปอด

2. การให้อินซูลิน โดยเลือกใช้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ในอัตรา 5-10 ยูนิตต่อชั่วโมง (0.1 ยูนิต / น้ำหนักตัว 1 กก./ชม.) ควบคุมให้ระดับน้ำตาลลดลงชั่วโมงละ 75-100 มก./ดล. ควรให้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมงแรกอาการจะคงที่จึงเปลี่ยนเป็นอินซูลินออกฤทธิ์ยาว (NPH)

3. การให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะสูญเสียน้ำ 5-6 ลิตร ดังนั้นควรแก้ไขภาวะขาดน้ำให้ได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรก โดยส่วนมากให้สารน้ำเป็น 0.9% โซเดียมคลอไรด์ ใน 24 ชั่วโมงแรกของการรักษา หลังจากนั้นการเลือกใช้สารน้ำขึ้นอยู่กับภาวะเกลือแร่ของผู้ป่วยขณะนั้น และเมื่อระดับน้ำตาลในเลือด < 250-300 มก./ดล. ให้เปลี่ยนเป็น 5% เด็กโตสโซเดียมคลอไรด์แทน

4. การให้โปรแตสเซียม ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีการขับโปรแตสเซียมทางปัสสาวะและจากการรักษาด้วยอินซูลินที่ทำให้โปรแตสเซียมเคลื่อนเข้าสู่เซลล์ จึงจำเป็นต้องให้โปรแตสเซียมทดแทน โดยเริ่มให้เมื่อโปรแตสเซียมมีค่าต่ำกว่า 5.5 มิลลิอิควิวาเลนซ์

5. การพิจารณาให้โซเดียมไบคาร์บอเนต เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หดสติ ความดันโลหิตต่ำ มีอาการหอบถี่ ค่าซีรัมไบคาร์บอเนต < 7 หรือค่าก๊าซในเลือดแดง < 6.9-7

6. การติดตามระหว่างการรักษาได้แก่

6.1 การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ระยะแรกควรทำทุก 1 ชั่วโมง และห่างลงเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดคงที่

6.2 การติดตามค่าก๊าซในเลือดแดง

6.3 การติดตามค่าอิเล็กโทรลิต์

6.4 การติดตามรักษาระยะพักฟื้นและต่อเนื่อง ในผู้ป่วยเบาหวานจะต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลินอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีการหยุดอย่างเด็ดขาด

3.2 หลักการการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยมีแนวทางดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ พยาบาลวิชาชีพควรให้ความสำคัญกับการบันทึกตั้งแต่การบันทึกสัญญาณชีพโดยละเอียด บันทึกหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่ากลีโคซิน อีเล็กโทรลิต์ บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1 ชั่วโมง

2. การให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำอยู่ก่อน ทำให้การไหลเวียนไม่ดี ในทางปฏิบัติส่วนมากจะให้สารน้ำในรูปของ 0.9% โซเดียมคลอไรด์ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับโซเดียมในเลือดต่ำ และป้องกันการเกิดน้ำออสโมลิตี (extracellular osmolality) อย่างรวดเร็ว

3. การให้อินซูลินที่ดีที่สุดคือ การหยดเข้าหลอดเลือดดำตลอดเวลา (continuous intravenous insulin) เนื่องจาก การให้อินซูลินทางกล้ามเนื้อหรือทางใต้ผิวหนังไม่ได้ผลดีเพราะมีความดันโลหิตต่ำ การกระจายตัวยาไม่ดี และจะทำให้มีการสะสมอินซูลินในเนื้อเยื่อมากทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypoglycemia ในระยะเวลาต่อมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545, หน้า 369) ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต้องบริหารอินซูลินให้ได้ตามแผนการรักษาโดยใช้เครื่องมือในการให้อินซูลินอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา มีการตรวจสอบอัตราส่วนผสมของอินซูลินให้ถูกต้อง มีการตรวจสอบอายุของอินซูลินเมื่อเปิดใช้แล้ว ซึ่งมีอายุการใช้งานหลังเปิดใช้ 1 เดือน

4. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ภาวะปัสสาวะออกมาก ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพตลอด ติดตามและบันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 4-8 ชั่วโมง ติดตามค่าอิเล็กโทรลิต์ตามแผนการรักษาเพราะสูญเสียออกมากับปัสสาวะ

ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดเป็นกรดที่มีน้ำตาลในเลือดสูงอีกอย่างหนึ่งคือ เกิดการหายใจล้มเหลว พยาบาลต้องสังเกตลักษณะการหายใจและสัญญาณชีพอื่นอย่างใกล้ชิด ติดตามค่าก๊าซในเลือดแดงเป็นระยะๆ ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงยังทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง พยาบาลต้องติดตามตรวจการทำงานระบบประสาทเป็นระยะๆ

5. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงนอกจากอินซูลินแล้วยังมียาอื่นที่ใช้ในการรักษาภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ การให้โปแตสเซียม การให้โซเดียมไบคาร์บอเนต การให้ยาปฏิชีวนะลดการติดเชื้อ

6. การพยาบาลด้านจิตใจ

7. การให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซ้ำ

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน
2. กรอบแนวคิดวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA)
3. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Diabetic Ketoacidosis : DKA) เป็นภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงและคุกคามชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก เช่น การหายใจล้มเหลว ซึ่งเกิดจากการสูญเสียน้ำในร่างกาย หัวใจเต้นผิดจังหวะจากการสูญเสียเกลือแร่ เป็นต้น หากไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ อีกทั้งการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ยาที่มีความรุนแรงและมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยอย่างมาก หากผู้ดูแลไม่มีความรู้เรื่องยาและการออกฤทธิ์ของยา เช่น อินซูลิน, โพรแตสเซียม เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้เรื่องภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะแทรกซ้อนของภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและรวมไปถึงยาที่ใช้รักษาด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษา และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในเรื่อง พยาธิสภาพของภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยเบาหวาน การวินิจฉัย แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยจากตำรา เอกสารวิชาการและอินเทอร์เน็ต

2. ได้ศึกษารวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโดยเลือกจากผู้ป่วยชายไทย อายุ 43 ปี ที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤติต้องรีบให้การรักษาอย่างเร่งด่วนในหออภิบาลอายุรกรรม มีการหายใจล้มเหลวได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1-2 ชั่วโมงและค่าอิ

เด็กโตรัสท์ที่ในระยะแรก มีการขาดน้ำอย่างรุนแรงได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกายอย่างละเอียด ข้อมูลได้จากการซักประวัติจากมารดา จากเพิ่มประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในหออภิบาลอายุกรรมรวมเป็นเวลา 6 วัน และย้ายออกไปหออายุกรรมชาย 1 ได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้นและกลับบ้านได้วันที่ 9 เมษายน 2550 รวมระยะเวลาที่รักษาอยู่โรงพยาบาล 13 วัน

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมด มารวบรวมวิเคราะห์ นำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคเบาหวานตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร

4. นำข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องมาปรับปรุงและพัฒนา และนำเสนอตามลำดับขั้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด 100% โดยดำเนินการศึกษาจากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยป่วยเป็นโรคทางจิตเวช 2 ปี รักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ก่อนมาใช้สูงหนาวสัน 1 วันไปโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วันที่ 27 มีนาคม 2550 ได้ย้ายมาวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล รับเข้าหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย 1 ด้วยภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Diabetic Ketoacidosis : DKA) วันที่ 28 มีนาคม 2550 เวลา 04.00 น. ต่อมาผู้ป่วยเหนื่อยหอบมากแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยอายุกรรม เวลา 21.30 น. ด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อยไม่สัมพันธ์กับเครื่องให้ยานอนหลับทางเส้นเลือดดำ

วันที่ 29 มีนาคม 2550 ผู้ป่วยซึมไม่รู้สีกตัว หายใจเร็วมีเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยมีไข้สูงเพิ่มยา Clindamycin 600 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ผสม KCL 20 มิลลิอิกวิวาเลนซ์ ในสารน้ำ 10% D/N/2 จำนวน 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำด้วยอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำ 2 ยูนิตต่อชั่วโมง และเปลี่ยนสารน้ำเป็น 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตรผสม KCL 40 มิลลิอิกวิวาเลนซ์ทางหลอดเลือดดำ 60 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง

วันที่ 30 มีนาคม 2550 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำ 2 ยูนิตต่อชั่วโมง เริ่มให้อาหารทางสายยางจำนวน 300ml 4 มื้อต่อวันคู่กับสารน้ำ 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 0.9%NSS 1000มิลลิลิตรผสมKCL 40มิลลิอิกวิวาเลนซ์ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

วันที่ 31 มีนาคม 2550 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจดีให้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำ 1.5 ยูนิ ตต่อชั่วโมง ให้ KCL 40 มิลลิอิกวาเลนซ์ ใน 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ให้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำ 2 ยูนิตต่อชั่วโมง

วันที่ 1 เมษายน 2550 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แพทย์ได้ถอดท่อช่วยหายใจออก ผู้ป่วยหายใจดี ให้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำ 1 ยูนิตต่อชั่วโมงต่อชั่วโมง 10.00 น. ให้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นใต้ผิวหนัง 10 ยูนิต ต่อมา เวลา 12.00 น. หยุดการให้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำ ย้ายผู้ป่วยออกไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เวลา 18.00 น.

วันที่ 2-8 เมษายน 2550 อยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ส่งปรึกษาศัลยกรรมโรคเบาหวาน ผู้ป่วยอาการดี

วันที่ 9 เมษายน 2550 แพทย์ให้กลับบ้านได้

จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมีปัญหา ทั้งหมด 8 ปัญหา ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลดลงเนื่องจากมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ โดยให้การพยาบาล คือ ส่งเสริมให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยใส่ท่อช่วยหายใจดูแลให้ท่อทางเดินหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง บันทึกขนาดและความลึกของท่อทางเดินหายใจ ฟังเสียงปอดทั้งสองข้างเพื่อประเมินตำแหน่งท่อทางเดินหายใจและประเมินการทำงานของปอด ช่วยดูแลเสมหะทุก 2 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ตามแผนการรักษาโดยใช้เครื่องให้สารน้ำช่วยควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำเพื่อให้ได้ปริมาณสารน้ำที่ต้องการและป้องกันการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการให้โปรแตสเซียมทางหลอดเลือดดำ ติดตามและสัญญาณชีพตลอดเวลาที่ให้สารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ และบันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ติดตามผลอิเล็กโตรไลต์ และค่าก๊าซในเลือดแดงตามแผนการรักษาเพื่อพร้อมรายงานแพทย์ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้หมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 29 มีนาคม 2550)

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้การเผาผลาญในร่างกายผิดปกติ โดยให้การพยาบาล คือ ให้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำด้วยอัตรา 1 ยูนิตต่อชั่วโมง สังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำจากการให้อินซูลิน ได้แก่ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ชีพจรเต้นเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกลดลงจากเดิม ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2 ชั่วโมงและรายงานแพทย์เพื่อปรับระดับอินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางเส้นเลือดดำ อาหารทางสายยางตามแผนการรักษา โดยให้สารน้ำทดแทนเป็น 10%D/N/2 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลให้โซเดียมไบคาร์บอเนต 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 2 ชั่วโมงโดยใช้เครื่องให้สารน้ำช่วยควบคุมอัตราการไหลของยาป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้หมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 1 เมษายน 2550)

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำ เนื่องจากมีการขับปัสสาวะออกมาก การพยาบาลที่ให้ คือ ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาโดยให้ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร ให้ 160 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง คู่กับ 10%D/N/2 1000 มิลลิลิตร ผสม KCL 40 มิลลิอิกวิวาเลนซ์ ทางหลอดเลือดดำ 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และปรับเปลี่ยนชนิดและปริมาณของสารน้ำตามภาวะอิเล็กโทรลัยท์ขณะนั้น พร้อมทั้งบันทึกสารน้ำออกจากร่างกาย โดยบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ ติดตามและบันทึกค่าความดันในหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง ปัญหาได้รับการแก้ไขได้หมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 31 มีนาคม 2550)

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยให้การพยาบาล คือ ให้อาบน้ำอุ่นตามแผนการรักษา ติดตามการตอบสนองของยาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่นแดง แน่นหน้าอก หายใจขัด ความดันโลหิตต่ำ ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อมเข้าสู่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำจากหลอดเลือดผิดปกติจากน้ำตาลในเลือดสูง ดูแลสิ่งแวดล้อมข้างให้สะอาด และเปลี่ยนชุดอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจทุก 7 วัน แยกอุปกรณ์ข้างเตียงเฉพาะผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยรายอื่น ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และทำความสะอาดปากฟันทุก 8 ชั่วโมงลดปริมาณเชื้อโรคในช่องปาก ล้างมือ และป้องกันการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดย ดูแลให้สายสวนปัสสาวะเป็นระบบปิดตลอดเวลา ไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็น และหลังขับถ่ายอุจจาระ ดูแลไม่ให้ปลายสายสวนสัมผัสพื้น ล้างมือก่อนและหลังตวงปัสสาวะ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกายติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจพบเม็ดเลือดขาวในเลือด การตรวจเพาะหาเชื้อในเลือด เสมหะ และปัสสาวะ เพื่อติดตามการติดเชื้อในร่างกาย ปัญหาได้รับการแก้ไขได้หมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 31 มีนาคม 2550)

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างรวดเร็ว เนื่องจากแนวทางการรักษาด้วยอินซูลิน โดยให้การพยาบาล คือ ให้อินซูลินทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่องให้สารน้ำเพื่อให้ได้ปริมาณอินซูลินตามการรักษา ดูแลให้สารน้ำ 10%D/N/2 1000 มิลลิลิตร ผสม KCL 40 มิลลิอิกวิวาเลนซ์ ทางหลอดเลือดดำ 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดยใช้เครื่องช่วยให้สารน้ำเพื่อให้ได้ปริมาณตามแผนการรักษา ติดตามและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ สังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ซึมลง เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 6 (วันที่ 2 เมษายน 2550)

ปัญหาที่ 6 มารดาผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลมาก เนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง กลัวจะไม่หายจากโรค โดยให้การพยาบาล คือ เปิดโอกาสให้มารดาผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล และรับฟังด้วยความตั้งใจ เปิดโอกาสให้มารดาผู้ป่วยได้ถามข้อสงสัยเมื่อไม่เข้าใจ อธิบายและให้ข้อมูลในเรื่องอาการผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ เปิดโอกาสให้มารดาผู้ป่วยได้พบแพทย์เมื่อไม่เข้าใจการรักษาให้กำลังใจ ใช้คำพูดที่สุภาพและสัมผัสที่นุ่มนวล แนะนำและส่งเสริมให้มารดาได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สังเกต ประเมินอาการแสดงความวิตกกังวลของมารดาเป็นระยะ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้หมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 29 มีนาคม 2550)

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากภาวะเนื้อเยื่อหลอดลมบวมหลังถอดท่อช่วยหายใจ ได้ให้การพยาบาล คือ ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยออกซิเจนให้แบบหน้ากาก 8-10 ลิตรต่อนาที โดยสังเกตจากระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียวริมฝีปากและลิ้นสีชมพู ดูแลให้ทางเดินหายใจชุ่มชื้นเพื่อให้สามารถขับเสมหะออกได้ดี โดยให้ดื่มน้ำอุ่นหรือหากเสมหะเหนียวมากขับออกลำบากให้ใช้ละอองพ่นไอน้ำอุ่น (heat nebulizer) นาน 20-30 นาที และช่วยเคาะปอดร่วมด้วย ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ พร้อมวัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจน ทุก 1 ชั่วโมง ฟังเสียงลมเข้าปอดทุกแคว หรือเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย หากมีเสียงวี๊ดจัดให้นั่งศีรษะสูง ตัวตรง และดูแลให้ยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา และติดตามฟังเสียงลมเข้าปอดเป็นระยะจนกว่าอาการหอบเหนื่อยดีขึ้น หรือเสียงวี๊ดหายไป ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้หมดในการเยี่ยมครั้งที่ 6 (วันที่ 2 เมษายน 2550)

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน โดยให้การพยาบาล คือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและมารดา เรื่องโรคเบาหวาน ความหมาย สาเหตุ ชนิดของเบาหวาน อาการของโรค การฉีดอินซูลิน โดยปากกาด้วยตนเอง บริเวณที่ฉีด ขั้นตอนการเตรียมยาฉีด การเก็บรักษา การดูแลเท้า การดูแลผิวหนัง การดูแลตา การควบคุมอาหาร และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ประเมินการให้ความรู้โดยการถาม และให้ผู้ป่วยและมารดาอธิบายการฉีดอินซูลินโดยปากกาด้วยตนเอง บริเวณที่ฉีด ขั้นตอนการเตรียมยาฉีด พร้อมทั้งอธิบายเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยตอบไม่ได้ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 7 (วันที่ 8 เมษายน 2550)

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้รับความรู้เรื่องภาวะ Diabetic Ketoacidosis การเฝ้าระวัง อาการและอาการแสดงที่บ่งบอก ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา และการประเมินที่ถูกต้องพร้อมร่วมแก้ไขปัญหากับแพทย์ได้ เหมาะสม

2. ตระหนักถึงความสำคัญของ Diabetic Ketoacidosis หากได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง สามารถลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลโดยพบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 8 ข้อได้ให้การ พยาบาลขณะอยู่ที่หออภิบาลอายุรกรรมได้ศึกษา ติดตามประเมินผลการพยาบาล มีการเยี่ยมจำนวน 6 ครั้ง จนย้ายออกไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ปัญหาต่างๆได้รับการแก้ไขทั้งหมด ก่อนจำหน่ายได้ให้ คำแนะนำก่อนกลับบ้านและแนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัด รวมระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วย 13 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นการสร้างความตระหนักให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรด จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหากได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อนได้

2. เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาองค์ความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือด เป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยเบาหวาน(Diabetic Ketoacidosis)

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้อยู่ในภาวะวิกฤติ ระดับความรู้สึกตัวลดลงเป็นเหตุให้ไม่สามารถสื่อสารได้ ทำให้การซักประวัติอาการเจ็บป่วยทั้งหมดได้มาจากมารดาของผู้ป่วย ซึ่งเชื่อถือได้ 80%

2. ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในภาวะวิกฤติ ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด จึงจำเป็นต้องใช้ พยาบาลในการดูแลอย่างใกล้ชิดเช่นกัน แต่ทางหน่วยงานมีข้อจำกัดในการจัดอัตรากำลัง พยาบาลต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยอื่นร่วมด้วย ให้การศึกษารายละเอียดของข้อมูลมีข้อจำกัด

3. ในหออภิบาลอายุรกรรมมีผู้ป่วยวิกฤติที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยและมี ประสิทธิภาพสูง แต่มีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูงมีจำนวนที่จำกัดต่อการใช้ให้ เพียงพอ

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ
2. ให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยอาจจัดทำในรูปแบบของ แผ่นพับ การสอนเป็นรายบุคคล
3. มีการฟื้นฟูความรู้ภายในหน่วยงาน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยเบาหวาน(Diabetic Ketoacidosis)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....ชญา อัครม.....

(นางสาวชญา ดิษฐ)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....๑7 มิถุนายน ๒๕๕3.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....[Signature].....

(นางสาวเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

วันที่.....27 มิ.ย. 2553.....

ลงชื่อ.....[Signature].....

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

วันที่.....27 มิ.ย. 2553.....

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวยุพา ดีหลาย**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (Catheter Associated Urinary Tract Infection : CAUTI) โดยใช้หมอนอนรองรับการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่าย

หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (Catheter Associated Urinary Tract Infection : CAUTI) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบเป็นลำดับต้นๆ ทั่วโลกทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ พบได้ประมาณร้อยละ 40 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด (อะเคื่อ อุณหเลขกะ.2545, หน้า 38)

จากการสำรวจของหน่วยควบคุมโรคติดเชื้อของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่าปีพ.ศ. 2549 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในหออภิบาลอายุรกรรมเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากเป็นอันดับ 1 คิดเป็น 15.20 ครั้ง/1,000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ และจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง พบว่าขั้นตอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้หมอนอนในการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และในผู้ป่วยที่มีอาการหนักในหออภิบาลจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลานานกว่าผู้ป่วยอื่น ดังนั้นโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ป่วยปกติทั่วไป

ดังนั้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (CAUTI) จึงมีการพิจารณาให้ใช้หมอนอนรองรับการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายทุกรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ตามหลักการป้องกันการเกิดติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะของหน่วยงานบริการด้านสุขภาพของประเทศอังกฤษ (National Health Service) ได้เสนอแนวทางการป้องกันการเกิดติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ 5 ประการ ได้แก่

1. การประเมินความจำเป็นที่จะต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาต่อเมื่อจำเป็นเท่านั้นหลังจากที่พิจารณาทางเลือกอื่น ๆ (เช่น condom, intermittent catheterization) แล้ว ประเมินความจำเป็นที่จะต้องใส่สายสวนปัสสาวะต่อไปเป็นระยะ ๆ และถอดสายสวนปัสสาวะออกเร็วที่สุด (ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะมีโอกาสใส่สายสวนปัสสาวะคาโดยไม่จำเป็นมากกว่าในหอผู้ป่วยทั่วไป)

2. การเลือกประเภทของสายสวนปัสสาวะ การเลือกประเภทของสายสวนปัสสาวะขึ้นกับการประเมินผู้ป่วยและระยะเวลาที่คาดว่าจะใส่สายสวน เลือกใช้สายสวนปัสสาวะที่มีขนาดเล็กที่สุดที่จะให้ปัสสาวะไหลได้สะดวก

3. การใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ใส่สายสวนปัสสาวะต้องได้รับการฝึกอบรมและมีทักษะเพียงพอ ล้างมือให้สะอาดก่อนใส่สายสวน ใช้ aseptic technique ที่ถูกต้อง ทำความสะอาด urethral meatus ด้วย sterile normal saline ใช้สารหล่อลื่นที่เหมาะสมจากภาชนะที่ออกแบบสำหรับใช้ครั้งเดียว

4. การดูแลระหว่างคาสายสวนปัสสาวะ

- ต่อสายสวนปัสสาวะกับ sterile closed urinary drainage system ดริงสายสวนให้เหมาะสม
- รักษาระบบระบายปัสสาวะให้เป็นระบบปิด
- ล้างมือและใส่ถุงมือสะอาดก่อนที่จะสัมผัสสายสวนปัสสาวะ และล้างมือหลังจากถอดถุงมือ
- เก็บตัวอย่างปัสสาวะจากช่องที่ออกแบบไว้ (sampling port) โดยใช้ aseptic technique
- จัดวางตำแหน่งของถุงเก็บปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ โดยไม่สัมผัสกับพื้น
- ระบายปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะบ่อยพอที่จะให้ปัสสาวะไหลได้สะดวกและไม่ไหลย้อนกลับ โดยใช้ภาชนะสะอาดที่แยกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและหลีกเลี่ยงอย่าให้ urinary drainage tap สัมผัสกับภาชนะที่ไว้รับปัสสาวะ
- ไม่เติม antiseptic หรือ antimicrobial solutions ในถุงเก็บปัสสาวะ
- ไม่เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็น หรือไม่เปลี่ยนเป็น routine
- ดูแล meatal hygiene ประจำวัน
- ไม่ควรทำ bladder irrigation

5. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใส่สายสวนปัสสาวะ และการดูแล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

แนวคิดและข้อเสนอ

3

1. จากหลักป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะฯ ดังกล่าวนั้นทางหน่วยงานได้นำมาเป็นแนวทางการดูแลระหว่างการคาสายสวนปัสสาวะ แต่พบว่ายังมี อัตราการติดเชื้อก่อนข้างสูง(15.2ครั้ง/1000วันใส่สายสวน) ดังนั้นผู้ศึกษาได้ค้นหาแนวทางการดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยใช้การใช้หม้อนอนในการทำความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะฯ

2. ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะฯให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยใช้สบู่และ น้ำสะอาดใช้หม้อนอนรองรับการทำความสะอาดและซับให้แห้ง และค้นหาปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะฯ ดังนั้นจึงควรมีแนวทางอื่นๆ นำมาใช้ร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนปัสสาวะฯ ลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะของหออภิบาลผู้ป่วย อายุรกรรม < 10 ครั้ง/1000วันใส่สายสวนปัสสาวะหลังใช้หม้อนอนในการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

ลงชื่อ.....*ศุภา ดิเทศ*.....
 (นางสาวศุภา ดิเทศ)
 พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 วันที่.....*27*.....*พฤษภาคม*.....*2553*.....

