

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง ชุดสายยางปรับให้อาหารแบบต่อเนื่อง

เสนอโดย

นางสาวมณีรัตน์ เสวกวัง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 177)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2553)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคปอดอักเสบ หมายถึง โรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งประกอบด้วยส่วนของหลอดลมฝอยส่วนปลายสุด และถุงลม ทำให้มีน้ำ (exudate) เข้าไปอยู่ในถุงลม การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด

ปอดอักเสบเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ในทุกเพศ ทุกวัย เมื่อเป็นโรคนี้อแล้ว ถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

พยาธิสภาพ

1. ปอดอักเสบเฉาะกลีบ แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะเลือดคั่ง พบใน 12 – 24 ชั่วโมง หลังจากเชื้อแบคทีเรียเข้าไปในถุงลม ระยะปอดแข็งตัว เกิดขึ้นในวันที่ 2 – 3 ของโรค ระยะฟื้นตัว เกิดขึ้นประมาณวันที่ 7 – 10 ของโรค
2. ปอดอักเสบรอบๆหลอดลม พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนี้มักจะกระจายเป็นหย่อมๆอยู่รอบหลอดลม
3. ปอดอักเสบในผนังถุงลม พบว่าผนังถุงลมบวม

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงที่ทำให้นึกถึงโรคปอดอักเสบได้แก่ อาการไข้ ในผู้ป่วยที่เริ่มด้วยการติดเชื้อเฉียบพลันที่ระบบทางเดินหายใจ (Acute respiratory infection) และมีไข้สูง อาจถึง 40 องศาเซลเซียส และมีอาการหนาวสั่น อาการไอ มักจะมีอาการไอบ่อย เสมหะตอนแรกอาจเป็นสีสนิม ต่อมาเปลี่ยนเป็นสีเหลืองปนหนอง หรือเขียว หายใจเร็ว เป็นอาการเริ่มแรก เนื่องมาจากมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือด หอบเหนื่อย หายใจเร็วขึ้น 30 – 50 ครั้งต่อนาที นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจมีปีกจมูกบานเมื่อหายใจเข้า และครางเมื่อหายใจออก ซึ่งเป็นตัวชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) มีอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงสภาพของเนื้อปอดที่เริ่มแข็งตัวกว่าปกติ ได้แก่ เสียงเวลาหายใจที่หลอดลม (bronchial breath sound) เสียงกรอบแกรบที่ปอด (crepitation) ร่วมกับเสียงหวีดแห้งๆ (rhonchi) ในหลอดลม ความเจ็บปวดเฉียบพลันชัดเจนและเฉพาะที่มีลักษณะเหมือนถูกมีดแทงเป็นๆหายๆ และเวลาหายใจลึกๆ จะทำให้เจ็บปวดมากขึ้น อาการท้องอืดเกิดเนื่องจากมีอาการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณส่วนล่างที่ติดกระบังลม อาการแสดงอื่นๆ ที่บ่งชี้ถึงภาวะป่วยหนัก เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการแสดงถึงภาวะช็อค เช่น ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว

การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติที่บ่งถึงอาการอักเสบติดเชื้อเฉียบพลันของปอดได้แก่ ไข้สูง ไอมีเสมหะ
2. การตรวจร่างกาย อาจพบอาการและอาการแสดงตามระยะของโรค

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจทางโลหิตวิทยา การตรวจเสมหะ การเพาะเชื้อจากเสมหะ
4. ภาพถ่ายรังสีทรวงอกจะแสดงตำแหน่งและขนาดของการอักเสบที่เกิดขึ้นและช่วยวินิจฉัยแยกโรคออกจากโรคอื่นๆ
5. การตรวจพิเศษและหัตถการที่สอดใส่ในร่างกาย เช่น การส่องตรวจหลอดลม (broncho scope)

การรักษา

1. การรักษาโดยทั่วไป

1.1 ให้ร่างกายได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียน้ำจากร่างกาย โดยเฉพาะจากทางเดินหายใจ เช่น กรณีที่มีอาการหายใจเร็ว หอบ หรือมีไข้สูง ควรให้สารน้ำทดแทน โดยการรับประทานหรือทางหลอดเลือดดำ

1.2 การให้อาหาร ควรรับประทานอาหารอ่อนบ่อยๆ ครั้งละน้อยๆ

1.3 การกั้กั้ของเสมหะ หรือน้ำมูกที่อุดกั้ทางเดินหายใจ การลดความเหนียวของเสมหะ โดยให้ดื่มน้ำมากๆ หรือพิจารณาให้ยาละลายเสมหะ นอกจากนี้อาจให้สูดดมละอองไอน้ำ พยายามหลีกเลี่ยงควันบุหรี่หรือมลพิษในอากาศ ส่งเสริมการไอ รวมทั้งการหายใจที่ถูกต้องวิธึ ถ้ามีหลอดลมเกร็งควรให้ยาขยายหลอดลม ถ้าการดูแลรักษาดังกล่าวข้างต้นไม่ดีขึ้นยังมีอาการและอาการแสดงของเสมหะกั้กั้ควรทำกายภาพบำบัดทรวงอก เพื่อช่วยระบายเสมหะ ถ้ายังมีเสมหะมากกั้กั้ ที่ให้การรักษาดังกล่าวข้างต้นเต็มที่แล้ว อาจต้องอาศัยวิธึการที่ช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ได้แก่ การดูดเสมหะออกจากหลอดลมโดยตรง (direct tracheal suction) เป็นต้น

2. การรักษาตามอาการได้แก่

2.1 การให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่เป็นปอดอักเสบ ควรพิจารณาให้ออกซิเจนเพิ่มในกรณีที่มีอัตราการหายใจ ≥ 30 ครั้งต่อนาที มีอาการหอบจนซี่โครงบวม ปีกจมูกบาน ภาวะวณกระวาย ซีด หรือซีมลง มีอาการเขียว หรือวัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้วด้วย pulse oximeter ได้น้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์

2.2 ในผู้ป่วยปอดอักเสบบางคนพบว่า มีหลอดลมเกร็งร่วมด้วย โดยการตรวจพบเสียง sonorous rhochi หรือ wheezing ซึ่งตอบสนองดีต่อการให้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นหรือฉีด ควรพิจารณาให้ยาขยายหลอดลมร่วมด้วย

2.3 ยาขับเสมหะ เช่น ammonium carbonate หรือ glyceryl guaiacolate อาจให้ร่วมด้วยในผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับเสมหะออกมาได้ง่ายกั้กั้ที่ได้ให้น้ำหรือสารน้ำเพียงพอแล้ว

2.4 ยาละลายเสมหะ เช่น bromhexine หรือ acetylcysteine ก็อาจนำมาใช้ร่วมด้วยได้ เพื่อช่วยในการละลายเสมหะ ในกรณีที่ได้พยายามให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือการกินแล้วแต่เสมหะยังเหนียวไ้ไม่ออก

3. การให้ยาปฏิชีวนะ

หลักเกณฑ์ในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะ ในผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย โดยทั่วไปพิจารณาจากเชื้อที่เป็นสาเหตุ ปอดอักเสบจากเชื้อ pneumococci มักจะรักษาได้ผลดีโดยการให้ penicillin g sodium เข้าทางหลอดเลือดดำ penicillin g potassium อาจจะให้ทางปากได้ในรายที่ไม่มีอาการของระบบทางเดินอาหาร หรือให้ทางหลอดเลือดดำได้ยาก ยาปฏิชีวนะตัวอื่นที่ใช้ ได้แก่ Cephalosporins, ampicillin และ erythromycin

การพยาบาล

1. ร่วมมือกับแพทย์ในการวินิจฉัยโรค โดยการซักประวัติ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล และรายงานแพทย์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาที่
2. ดูแลเก็บเสมหะส่งตรวจ และเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ ก่อนเริ่มให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์
3. การดูแลและบำบัดทางระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบ เนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่ดีพอ เพราะมีน้ำ (exudate) ในถุงลม ปอดแฟบ มีเสมหะในทางเดินหายใจ และอาจมีการหดตัวของหลอดลม การดูแลและบำบัดทางระบบทางเดินหายใจนี้จะต้องเหมาะสมกับแต่ละบุคคล
4. ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ ผู้ป่วยที่ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย มักจะสูญเสียน้ำและโซเดียมมากจากเหงื่อออกมาก และบางครั้งมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย นอกจากนั้นผู้ป่วยมีไข้สูง หายใจเร็วและมีเสมหะเพิ่มขึ้น จึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ
5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ร่างกายได้แคลอรีทดแทน ในผู้ป่วยที่เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน
6. ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้ป่วยเหนื่อยและต้องมีกิจกรรมทำให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น
7. ให้ยาลดไข้และเช็ดตัวลดไข้ ควรจะให้ยาลดไข้ก่อน เมื่อยาออกฤทธิ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกร้อนและมีเหงื่อออก แล้วจึงทำการเช็ดตัวลดไข้ทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น
8. ดูแลทำความสะอาดปากฟัน โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีไข้ ขาดน้ำ และเสมหะเป็นหนอง หรือเจ็บคอ ปากและฟันที่สะอาดจะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น
9. ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยท้องอืด เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ประเมินการทำงานของลำไส้ โดยการฟัง Bowel sound และการผายลมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยปอดอักเสบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย
10. การสังเกตและประเมินสภาพของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสังเกตข้อบ่งชี้ของการหายใจไม่เพียงพอ หรือภาวะการหายใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด อุณหภูมิสูง ช็อค ปอดแฟบ ท้องอืด ลำไส้เป็นอัมพาต ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและความนึกคิด

11. การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ เนื่องจากปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัส สามารถติดต่อได้ถ้าผู้ป่วยมีไข้ จึงต้องระมัดระวังการแพร่กระจายของเชื้อ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคปอดอักเสบ เป็นโรคที่พบได้บ่อย ความรุนแรงของโรคเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา โรคปอดอักเสบเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่นการติดเชื้อ การสูดดมสารเคมี การสำลักเศษอาหาร หรือในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนนานๆ ดังนั้นพยาบาลในฐานะผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา จะต้องประเมินอาการผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัยเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา

2. เลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรคจากสถิติ 5 อันดับโรคของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรคปอดอักเสบพบว่ามีอยู่ในอันดับ 3 โดยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี สถานภาพสมรสคู่ รูปร่างท้วม ผิวสองสี รู้สึกตัวดี มาด้วยอาการ 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไข้ ไอ หนาวสั่น แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบและสงสัยไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และรับเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2553 รับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2553 เวลา 14.35 น. พักรักษาตัวขณะอยู่ในความดูแลพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 5 ข้อ ได้รับการดูแลแก้ไขให้หมดไปแล้วทุกข้อ การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย โรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยพ้นจากความดูแลในวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2553 รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 7 วัน

3. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมและเรียบเรียงจัดทำเป็นเอกสารวิชาการ แล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และเหมาะสมของผลงาน

4. ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด 100 เปอร์เซ็นต์ โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี เลขที่ภายนอก 34/53 เลขที่ภายใน 4613/53 สถานภาพสมรสคู่ รูปร่างท้วม ผิวสองสี รู้สึกตัวดี มาด้วยอาการ 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอ หนาวสั่น แรกแรกที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก จากการตรวจร่างกายฟังเสียงหายใจพบเสียงกรอบแกรบ (crepitation) ที่บริเวณชายปอดข้างซ้าย และรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2553 เวลา 14.35 น. แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค

ปอดอักเสบ (pneumonia) และสงสัยไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ได้รับการรักษาโดยส่งตรวจทางรังสีทรวงอกพบ infiltration ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจทางโลหิตวิทยา ผลการตรวจเม็ดเลือดขาว 3,400 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 4,500-10,700 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ความเข้มข้นของเลือด 36 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 37-47 เปอร์เซ็นต์) ฮีโมโกลบิน 11.5 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 12-16 เปอร์เซ็นต์) จำนวนเกล็ดเลือด 127,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 150,000- 450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ตรวจหาปริมาณ อิเล็กโตรลัยต์ในร่างกาย ผลการตรวจพบ โซเดียม 137.8 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 135-145 มิลลิโมลต่อลิตร) โพแทสเซียม 3.39 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) คลอไรด์ 99 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อลิตร) ไบคาร์บอเนต 29 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 24-32 มิลลิโมลต่อลิตร) ตรวจการทำงานของไต Creatinin 0.62 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 0.6-1.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ให้พินายายาลดคลม Berodual 1 มิลลิลิตรผสมกับ 0.9 % NSS 3 มิลลิลิตร ฟันทุก 4 ชั่วโมง ให้สารน้ำ 5 % D N/2 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ

20 สิงหาคม พ.ศ. 2553 แกร็บที่หอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 95 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 91 เปอร์เซ็นต์ การพยาบาลที่ให้ทันทีหลังรับตัวผู้ป่วยคือ ให้ออกซิเจนผ่านทางรูจมูก (canular) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย จัดทำอนศิริยะสูง 30 – 45 องศา เพื่อให้ปอดได้ยืดขยายเต็มที่

ในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยได้พบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการทำงานของปอดมีประสิทธิภาพลดลง การพยาบาล ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ อาการหอบเหนื่อย การตรวจสภาพสีผิว ปลายมือปลายเท้า สังกะและบันทึกสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้วโดยใช้ pulse oximeter เพื่อติดตามออกซิเจนในหลอดเลือด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการให้ผู้ป่วยนอนศิริยะสูง 30 – 45 องศาเพื่อให้ปอดได้ยืดขยายเต็มที่ ดูแลให้ได้รับออกซิเจน canular ตลอดเวลา อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ได้รับยาละลายเสมหะและยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ได้แก่ Berodual 1 มิลลิลิตรผสมกับ 0.9 % NSS 3 มิลลิลิตร ฟัน ทุก 4 ชั่วโมง ยา acetylcysteine รับประทานครั้งละ 1 ซอง ละลายน้ำ ½ แก้ว วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร เข้า เย็น ฟังเสียงปอดเป็นระยะๆ ในขณะที่หอบเหนื่อย เพื่อประเมินการหดตัวของซี่โครงของหลอดลม สอนการไอขับเสมหะเท่าที่ทำได้ โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆแล้วกลั้นหายใจไว้แล้วไอเอาเสมหะออกมา เวลา 16.35 น. ผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็วมากขึ้น อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 24 – 26 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 80 – 100 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 91 - 93 เปอร์เซ็นต์ จึงเปลี่ยนให้ป้อนออกซิเจนโดยผ่านทางหน้ากาก (mask with bag) อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที สังกะและบันทึกการหายใจมีการดีดิ่งของ

ทรงอกลดลง อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18 – 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 80 – 90 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 98 - 100 เปอร์เซ็นต์

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากการติดเชื้อทำให้มีอุณหภูมิร่างกายสูง ให้การพยาบาลโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เพื่อช่วยให้ความร้อนออกจากร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย ให้ยาลดไข้ paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน 2 เม็ด ทุก 4 – 6 ชั่วโมง และประเมินไข้หลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที สังเกตสี กลิ่นของเสมหะ วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ส่งเสมหะตรวจ gram stain, AFB, เพาะเชื้อ (culture), H1N1 พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ azithromycin 250 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า oseltamivir 75 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 5 วัน ceftriaxone ขนาด 2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องอืด สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่ผิดปกติ เช่น มีไข้ ตัวเย็น ชีพ หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 37.8 องศาเซลเซียส ไข้มีเสมหะสีเหลืองข้นปริมาณมาก หลังได้รับยาปฏิชีวนะไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยา

ผู้ป่วยมีภาวะพร่องของสารน้ำในร่างกาย เนื่องจากการเผาผลาญผิดปกติจากภาวะไข้สูง การพยาบาล ดูแลให้ได้รับสารน้ำชนิด 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตรวจสอบจำนวนสารน้ำที่ได้และระวังไม่ให้สายพียงอ ประเมินภาวะไม่สมดุลเกลือแร่ และได้รับสารน้ำไม่เพียงพอโดยดูความตึงตัวของผิวหนัง กระหายน้ำหรือเยื่อช่องปากแห้ง ริมฝีปากแห้ง อาการอ่อนเพลีย ความดันโลหิตซิสโตลิตลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ 15 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบา เร็ว ปัสสาวะออกน้อย สีเข้ม ประเมินภาวะคลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สัน เป็นตะคริว บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น กระสับกระส่าย ชีพจร ชักเกร็ง บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย หลังให้การพยาบาล ความตึงตัวของผิวหนังปกติ เยื่อปากและริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณน้ำเข้า 2,500 มิลลิลิตร และปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 2,450 มิลลิลิตร

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ จากผลตรวจทางโลหิตวิทยา พบจำนวนเกล็ดเลือด 127,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร การพยาบาลประเมินปริมาณเลือดที่ออกอย่างละเอียดทุกครั้ง โดยดูจากสีและปริมาณของอาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะ เลือดออกตามไรฟันเพื่อประเมินภาวะการเสียเลือด รายงานแพทย์กรณีผิดปกติ แนะนำให้ผู้ป่วยงดอาหารสีดำและสีแดงเพราะจะทำให้การประเมินภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารได้ยาก ให้การรักษาพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและระมัดระวังไม่ให้เกิดบาดแผลต่อผู้ป่วย ระมัดระวังในการทำหัตถการ เช่น การเจาะเลือด ควรใช้เข็มขนาดเล็กและภายหลังการเจาะเลือดทุกครั้งต้องกดสำลีแห้งและปิดเช็ดจนกว่าเลือดจะหยุดไหลเพื่อป้องกันการเสียเลือด รักษาความสะอาดของ

ช่องปากโดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงนุ่ม ให้บ้วนปากด้วยน้ำยาสำหรับทำความสะอาดช่องปาก เพื่อป้องกันการเกิดแผลและมีเลือดออกในช่องปากผู้ป่วย หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีถ่ายดำ

ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ห้องแยก ถูกจำกัดการเยี่ยม การพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ประเมินสาเหตุและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและคอยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ยืดหยุ่นเรื่องเวลาเยี่ยมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบและเหมาะสม อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย คือผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อที่ปอดและแพทย์สงสัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยและต้องเข้าห้องแยก เพื่อป้องกันการแพร่กระจาย และแนวทางในการรักษา แผนการพยาบาล เปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้ความมั่นใจ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้สนทนากับแพทย์เป็นระยะ บอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งและอธิบายเหตุผลตามความเหมาะสม หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ตอบคำถามในการดูแลตนเอง และบอกอาการที่ผิดปกติได้

วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18 – 24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 94 - 96 เปอร์เซ็นต์ ให้เป็นออกซิเจนโดยผ่านทางหน้ากาก (mask with bag) อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ยาขยายหลอดลม Berodual 1 มิลลิลิตรผสมกับ 0.9 % NSS 3 มิลลิลิตร พ่น ทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 38.9 – 39.1 องศาเซลเซียส ไอมีเสมหะสีเหลืองปริมาณมาก ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และกระตุ้นให้ดื่มน้ำ เพื่อช่วยในการพาความร้อนออกจากร่างกาย และเพื่อให้เสมหะอ่อนตัว ดูแลให้ยาลดไข้ paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน 2 เม็ด ประเมินหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส สีหน้าสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้ ผลเสมหะ gram stain ปกติ AFB ปกติ ผลเพาะเชื้อปกติ H1N1 ปกติ ติดตามผลการตรวจอิเล็กทรอนิกส์ โซเดียม 137 มิลลิโมลต่อลิตร โปแตสเซียม 3.76 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 98 มิลลิโมลต่อลิตร ไบคาร์บอเนต 31 มิลลิโมลต่อลิตร

วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18 – 24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 98 - 100 เปอร์เซ็นต์ ให้เป็นออกซิเจนโดยผ่านทางหน้ากาก (mask with bag) อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ลดการให้ยาขยายหลอดลม Berodual 1 มิลลิลิตรผสมกับ 0.9 % NSS 3 มิลลิลิตร พ่น ทุก 6 ชั่วโมง ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.0 – 36.5 องศาเซลเซียส ไอยังมีเสมหะสีขาวขุ่นปริมาณลดลง พักผ่อนได้บนเตียง รับประทานอาหารได้หมดถาด ไม่มีภาวะเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีถ่ายดำ ผลตรวจทางโลหิตวิทยาพบจำนวนเกล็ดเลือด 238,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

วันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่น หายใจปกติ จึงหยุดให้ออกซิเจน ตั้งแอดและบันทึกลักษณะการหายใจ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่

ปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16 – 18 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 70 – 90 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 97 - 100 เปอร์เซ็นต์ หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 37.0 – 37.2 องศาเซลเซียส ไอลดลง เสมหะสีขาวใส ปริมาณลดลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถย้ายไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงได้

วันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นั่งรับประทานอาหารได้เองบนเตียง หายใจปกติ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.8 – 37.3 องศาเซลเซียส ไอลดลง เสมหะสีขาวใส ไม่มีเสียงกรอบแกรบที่ปอด แพทย์หยุดให้ยาปฏิชีวนะและอนุญาตให้กลับบ้าน ได้รับยา Berodual MDI สูดขยายหลอดลม 2 บีบ เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย แนะนำสาธิตและให้ฝึกปฏิบัติวิธีการพ่นยาสูดขยายหลอดลม ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้คำแนะนำการรับประทานยา การจัดยา สิ่งแวดล้อม การมาตรวจตามนัดของแพทย์ แพทย์นัดตรวจสุขภาพ ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2553 รวมระยะเวลาการรักษา 7 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

ให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ศึกษาติดตามและสังเกตประเมินผลการให้การพยาบาลรวมเป็นระยะเวลา 7 วัน และดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพบปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 5 ปัญหาได้แก่ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการทำงานของปอดมีประสิทธิภาพลดลง ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีการติดเชื้อทำให้มีอุณหภูมิร่างกายสูง ผู้ป่วยมีภาวะพร่องของสารน้ำในร่างกายเนื่องจากการเผาผลาญผิดปกติจากภาวะไข้สูง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ห้องแยก ถูกจำกัดการเยี่ยม ได้รับการดูแลแก้ไขร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ซึ่งมีการวางแผนการพยาบาล กำหนดจุดมุ่งหมาย กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล การปฏิบัติตนก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ตอบข้อซักถามได้ และมีความตระหนักในการดูแลตนเองได้ ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยต้องอยู่ห้องแยกเนื่องจากแพทย์สงสัยเป็นไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย บุคลากรต้องสวมใส่เสื้อกาวน์ ผ้าปิดปากและจมูก ขณะปฏิบัติงานทุกครั้ง ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล หรือสวมถุงมือเมื่อต้องสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ในด้านสิ่งแวดล้อมการทิ้งขยะ

และผ้าเปื้อนที่ใช้กับผู้ป่วยต้องใส่ถุงแล้วมัดปากถุงให้เรียบร้อยมิดชิดและเขียนป้ายว่า “ติดเชื้อ” ติดที่ถุงด้วย ก่อนที่จะนำไปทำลายเชื้อ และผ้าเปื้อนก่อนที่จะส่งไปหน่วยซักฟอก

10. ข้อเสนอแนะ

การรับผู้ป่วยไว้ทำการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ซึ่งให้การพยาบาลผู้ป่วยจะต้องพิจารณา จัดแยกประเภทของโรคเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้ป่วยอื่น หรือผู้ทำงานติดต่อกับผู้ป่วยตลอดจน ครอบครัวและญาติผู้ใกล้ชิด ควรมีการให้ความรู้กับบุคลากรและให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

1. ด้านบุคลากร

1.1 การสวมเครื่องป้องกันใช้ผ้าปิดจมูก สวมเสื้อกาวน์ และสวมถุงมืออย่างถูกวิธี

1.2 ล้างมือก่อนเข้าและออกห้องแยก รวมทั้งก่อนหลังและระหว่างการให้การพยาบาล และ สัมผัสเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ

1.3 การทำลายเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย กระดาษทิชชูที่ใช้แล้ว และขยะต่างๆ ผ้าเปื้อน ต้องใส่ถุง มัดปากถุงให้มิดชิดและเขียนป้ายว่า “ติดเชื้อ” ติดที่ถุงก่อนนำไปทำลายเชื้อ

2. ด้านผู้ป่วยและญาติ

2.1 แนะนำให้ผู้ป่วยปิดจมูกและปากเวลาไอและจาม ห่อและทิ้งในที่ที่จัดไว้เพื่อนำไปทำลายได้ สะดวก

2.2 ให้คำแนะนำแก่ผู้เข้าเยี่ยมให้สวมเสื้อกาวน์ ผ้าปิดหน้าและจมูก ให้ล้างมือก่อนและหลังเข้า เยี่ยมผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการแตะต้องของใช้ของผู้ป่วย ไม่หยิบของใช้ของผู้ป่วยออกจากห้อง ถ้าจำเป็นให้ถาม พยาบาลถึงการนำเอาออกที่ถูกต้อง และไม่ควรนำเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี เข้าเยี่ยม

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....*ณัฐวิจิตร เสวกวงษ์*.....
 (นางสาวณัฐวิจิตร เสวกวงษ์)
 ผู้รับการประเมิน
 วันที่ ๒๘ / สิงหาคม / ๒๕๕๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*ณัฐวิจิตร*.....
 (นางศุภจิต นาคะรัตน์)
 ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
 วันที่ ๒๘ / สิงหาคม / ๒๕๕๕

ลงชื่อ.....*[Signature]*.....
 (นางคลยา สุขสมปอง)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
 วันที่ 2 / กรกฎาคม / ๒๕๕๕

หมายเหตุ: 1. ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ
 ในช่วงวันที่ 16 มีนาคมถึงวันที่
 30 กันยายน 2552
 คือ นางสาวสมจิตร พุ่มไทร
 ปัจจุบันเกษียณอายุราชการแล้ว
 2. ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ
 ในช่วงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2552 ถึง
 วันที่ 4 กรกฎาคม 2553
 คือ นายชววิทย์ ประดิษฐ์บาทูกา
 ปัจจุบันได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวมณีนันท์ เสวกวัง

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 177) สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
สำนักการแพทย์

เรื่อง ชุดสายยางปรับให้อาหารแบบต่อเนื่อง

หลักการและเหตุผล

ภาวะทุพโภชนาการเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤตเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีโรคเรื้อรังนำมา ก่อน หรือจากการเจ็บป่วยในปัจจุบันที่มีการใช้พลังงาน และสารอาหารที่สะสมอยู่ในร่างกายมากขึ้น ภาวะ ทุพโภชนาการดังกล่าวมีผลทำให้อัตราการตายของผู้ป่วยในกลุ่มเหล่านี้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการ ดูแลภาวะทางด้านโภชนาการของผู้ป่วยในกลุ่มเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ปัญหาทางโภชนาการมักจะ ถูกมองข้าม ไปโดยผู้ดูแลรักษา ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตย่อมที่จะมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อทดแทน การสูญเสียไปจากกระบวนการเมตาโบลิซึมที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้จึงมีภาวะทุพ โภชนาการที่มากขึ้นตามไปด้วย หากผู้ป่วยได้รับพลังงานจากอาหารที่ไม่เพียงพอจะทำให้มีการย่อยสลาย ของ visceral และ skeletal proteins ต่างๆ ซึ่งมีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเช่นกัน (รังสรรค์ ภูรยานนท ชัย, 2549)

การให้อาหารทางสายยางเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ซึ่งผู้ป่วยที่ควรให้อาหารทางสายยางได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือ มีปัญหาของระบบประสาท เช่น การรับรู้หรือความรู้สึกตัวที่ลดลง ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้น้อยจาก ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น กลืนลำบาก ผู้ป่วยที่หายใจลำบาก หรือใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ อาหารทางสายยางในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระยะวิกฤตของโรคจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องดูแลการ ให้อาหารเป็นพิเศษ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบถ้วน และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ปัจจุบันการให้อาหารทางสายยางกับผู้ป่วยใช้แบบหยดชนิดปรับด้วยมือ ซึ่งในการปรับหยดบางครั้งหยดเร็ว เกิน หรืออาหารไม่หยดเลย ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารแบบไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นจึงได้คิดค้นชุดสายยางปรับให้ อาหารที่สามารถใช้กับเครื่องควบคุมการให้ของเหลวเข้าสู่หลอดเลือดโดยอัตโนมัติซึ่งมีให้อยู่ในหอผู้ป่วย

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยางโดยใช้ชุดสายยางปรับให้อาหารในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน 146 ราย เป็นชายและหญิงใกล้เคียงกัน อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 63.7 เป็นโรคระบบ ทางเดินหายใจร้อยละ 48.6 ลักษณะอาหารที่ให้เป็นอาหารผสมอัตราส่วน 1:1 ร้อยละ 85.6 ปริมาณอาหารที่ ให้ 100-200 มิลลิลิตรร้อยละ 48 พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ สำรอก/อาเจียนร้อยละ 4.8 ท้องอืดร้อยละ 0.7

อาหารคงค้างในกระเพาะอาหารร้อยละ 23.3 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการให้อาหารแบบสายยาง และไม่พบถ่ายอุจจาระเหลว ไม่มีรายงานปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบถ้วน และป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้อาหารทางสายยางแบบต่อเนื่อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การให้อาหารผ่านระบบทางเดินอาหาร (enteral nutrition) เป็นการให้อาหารที่มีความเป็นธรรมชาติของสรีรร่างกาย และมีความปลอดภัยมากกว่าการให้อาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (parenteral nutrition) แต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การสำลัก (aspiration) ในผู้ป่วยที่ใส่สายอาหารมีอัตราการเกิดการสำลักถึงร้อยละ 40 ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ทำให้กลไกป้องกันการสำลักเสียไป (บุชชา พรหมณสุทธิ,2549) โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤต ที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงลดลงของระดับความรู้สึกตัว การให้อาหารปริมาณน้อยๆ เข้าสู่กระเพาะอาหาร ผู้ป่วยวิกฤตจะรับอาหารได้ดีกว่า ดังนั้นวิธีการให้อาหารแบบหยดต่อเนื่อง (continuous drip) ตลอด 24 ชั่วโมงจึงมีข้อได้เปรียบกว่าการให้เป็นมือ (intermittent) ทุก 4-6 ชั่วโมง การให้ในปริมาณน้อยจึงควรใช้เครื่องควบคุมอัตราการหยด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารในปริมาณคงที่ ส่งผลดีในการควบคุมระดับน้ำตาล และลดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการปวดท้อง ท้องอืด ท้องเสีย อาการขย้อน อาเจียนและสำลัก

จากทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy,1999) กล่าวว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกายและสารเคมีที่เกี่ยวข้องกัน ในเรื่องการทำหน้าที่และกิจกรรมของระบบอวัยวะ โดยจะเป็นการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่ออวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกายของบุคคลเป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย ยังรวมถึงการทำหน้าที่ของกลไกการควบคุม คือ การรับความรู้สึก สารน้ำ และอิเล็กโตรลัยต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ เป้าหมายสูงสุดเป็นการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สมดุลของร่างกาย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำเครื่องมือประยุกต์ ให้เหมาะกับปริมาณของอาหารและสภาพของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ลักษณะอาหาร ปริมาณอาหาร ระยะเวลาที่ได้รับอาหาร และภาวะแทรกซ้อน
3. ประชุมในหอผู้ป่วยและขอความเห็นชอบจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการออกแบบชุดสายยางปรับให้อาหารแบบต่อเนื่อง

4. จัดเตรียมชุดสายยางปรับให้อาหารแบบต่อเนื่องที่ผลิตขึ้นและทดลองใช้กับผู้ป่วย และแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำมาใช้จริง

5. นำมาใช้จริงกับผู้ป่วยและติดตามประเมินผล

6. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและปริมาณพลังงานตามความต้องการของร่างกาย และช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติ

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้อาหารทางสายยางแบบต่อเนื่อง เช่น ท้องอืด ท้องเสีย

3. ลดภาระค่าใช้จ่ายในด้านการจัดซื้อเครื่องให้อาหารแบบต่อเนื่องอัตโนมัติและลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเกิดภาวะท้องอืด ท้องเสียในผู้ป่วยที่ให้อาหารทางชุดสายยางปรับให้อาหารแบบต่อเนื่อง = 0

ชื่อ..... วนิรัตน์ เสวกวัง

(นางสาววนิรัตน์ เสวกวัง)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... ๒๘ / ๖ / ๒๕๕๕