

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล

เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เสนอโดย

นางสาวทิวพร บุญเศษ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 195)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 24 สิงหาคม 2562 ถึงวันที่ 28 สิงหาคม 2562)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจที่ไม่สามารถทำให้กลับมาเป็นปกติได้ ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจนี้จะเกิดขึ้นซ้ำๆ มีลักษณะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ และมีการอักเสบของปอดที่เกิดจากสิ่งระคายเคืองร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรืออาการกำเริบเฉียบพลัน จะมีผลต่อความรุนแรงของโรค (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

ระบบทางเดินหายใจแบ่งตามโครงสร้าง ประกอบด้วย (ทันทันชัย บุญบุรพงศ์, 2561)

ระบบทางเดินหายใจส่วนบน ประกอบด้วยอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการหายใจเหนือกล่องเสียงขึ้นไป ได้แก่ จมูก คอหอย เป็นต้น และระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ กะบังลม หลอดลมซี่โครง และปอด ระบบทางเดินหายใจแบ่งตามหน้าที่

1. ส่วนที่ไม่มีมีการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Conducting zone) เริ่มจากหลอดลมมาสิ้นสุดที่หลอดลมฝอย เทอมินอล ทำหน้าที่เป็นทางผ่านของอากาศ ช่วยให้อากาศที่หายใจเข้าไปอุ่นและชื้น และยังทำหน้าที่เป็นตัวกรอง สิ่งแปลกปลอมที่ปนมากับอากาศในขณะที่หายใจเข้า เนื่องจากส่วนนี้ไม่มีการแลกเปลี่ยนอากาศ

2. ส่วนที่เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Respiratory zone) เริ่มจากหลอดลมฝอยแลกเปลี่ยนก๊าซ ซึ่งมีเยื่อหุ้มบางๆ แดกแขนงเป็นท่อลมบางๆ ต่อกับถุงลม ประกอบไปด้วยถุงลมเล็ก ๆ เรียกว่า alveoli ที่ผนังของ alveoli จะมีหลอดเลือดฝอยกระจายอยู่ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซ ปอดมีระบบหลอดเลือดที่เกี่ยวข้อง 2 ระบบคือ Pulmonary circulation ซึ่งทำหน้าที่นำเลือดดำไปพอกยังปอด ขณะเดียวกันก็นำเลือดแดงที่พอกแล้วกลับเข้าสู่หัวใจ และเลือดที่มาเลี้ยงโครงสร้างของระบบหายใจโดยตรง ซึ่งนำเลือดมาเลี้ยงส่วนที่ไม่มีมีการแลกเปลี่ยนก๊าซ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ (ธีระศักดิ์ แก้วอมดวงค์, 2559)

1. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสารพิษในควันบุหรี่จะกระตุ้นให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในหลอดลมและเนื้อปอด การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ก็มีผลทำให้เกิดอาการของโรคระบบทางเดินหายใจ และมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นมลพิษ เช่น บริเวณที่มีฝุ่นละออง สารเคมี การสูดดมพิษจะก่อให้เกิดการระคายเคือง การอักเสบของระบบทางเดินหายใจรุนแรงมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ

3. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรงในวัยเด็ก มีความสัมพันธ์กับการลดลงของสมรรถภาพการทำงานของปอด และเพิ่มความรุนแรงของอาการในระบบทางเดินหายใจในวัยผู้ใหญ่

4. พันธุกรรม การขาดเอนไซม์ alpha 1-protease inhibitor จะทำให้เกิดการทำลายของหลอดลมและผนังถุงลม ส่งผลให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้ (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2559)

1. เกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจส่วนปลายร่วมกับมีการทำลายของทางเดินหายใจส่วนหลอดลมฝอยนำมาก่อนการทำลายถุงลม จนเกิดเป็นถุงลมโป่งพอง
2. การอักเสบเกิดขึ้นบริเวณทางเดินหายใจขนาดเล็ก โดยพบกลุ่มของต่อมน้ำเหลืองที่มารวมกันอยู่หนาแน่นในบริเวณทางเดินหายใจขนาดเล็ก นอกจากนี้ยังพบผังผืด และสารคัดหลั่งอุดกั้นในทางเดินหายใจ
3. การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยาสูดพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์ มีความสัมพันธ์กับการอักเสบที่น้อยลงในทางเดินหายใจขนาดเล็ก
4. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในปอด พบได้ทั้งในหลอดลมส่วนต้น จนถึงหลอดลมขนาดเล็ก การทำลายเนื้อปอด เกิดถุงลมโป่งพอง อาจมีการเปลี่ยนแปลงที่เส้นเลือดในปอดร่วมด้วย

อาการและอาการแสดง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถแบ่งอาการและอาการแสดงเป็นกลุ่มตามระดับอาการ โดยถือเอาความรุนแรงของอาการเป็นหลัก (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) ดังนี้

1. อาการน้อย มีอาการเหนื่อยเมื่อออกกำลังกายหนัก ไม่เคยมีอาการหอบกำเริบ และไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการตรวจสมรรถภาพปอด : FEV₁ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
2. อาการปานกลาง มีอาการเหนื่อยเมื่อออกกำลังกายปานกลาง มีการติดเชื้อทางระบบหายใจบ่อยๆ มีเสมหะ อาการไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีการกำเริบหอบกำเริบน้อยกว่า 1 ครั้งต่อปี แต่ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะหรือสเตียรอยด์ ผลการตรวจสมรรถภาพปอด : FEV₁ ร้อยละ 50-79
3. อาการรุนแรง มีอาการเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อยเหนื่อยแม้เดินบนทางราบ ไอ มีเสมหะบ่อย หายใจมีเสียงหวีดเมื่ออาการกำเริบ มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกำเริบหอบกำเริบที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะหรือยาสเตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผลการตรวจสมรรถภาพปอด : FEV₁ ร้อยละ 30-49
4. อาการรุนแรงมาก มีอาการเหนื่อยตลอดเวลาแม้ในขณะที่พัก ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก หายใจมีเสียงหวีดเมื่ออาการกำเริบ มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกำเริบหอบกำเริบที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะหรือยาสเตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผลการตรวจสมรรถภาพปอด : FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 30

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ดังนี้ (วันดี โตสุขศรี, 2559)

1. การซักประวัติ ประวัติการสูบบุหรี่ หรือทางเดินหายใจได้รับการระคายเคือง การเป็นโรคทางเดินหายใจ เหนื่อยง่ายกว่าปกติ และประวัติการมีอาการอ่อนเพลีย อาการของการหายใจล้มเหลว ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง หงุดหงิด คุณเฉียว มือสั่น กังวล ความจำเสื่อม ง่วงซึม เวียนศีรษะ เป็นต้น อาการของหัวใจข้างขวาวาย เช่น ปวดใต้กระดูกอกเหนื่อยวม การใช้ยาเกี่ยวกับทางเดินหายใจ เช่น ยาขยายหลอดลมทั้งชนิดรับประทาน สูดดม และสเปรย์

2. อาการและอาการแสดง อาการที่พบ ได้แก่ หอบเหนื่อย ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ไอเรื้อรังหรือมีเสมหะ อาการอื่นที่พบ คือ แน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงหวีด

3. การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกาย อาจพบความผิดปกติ ดังนี้

3.1 คลำได้หลอดลมคอส่วนเหนือกระดูกหน้าอกสั้นลง และหลอดลมคอกระดูก เนื่องจากหลอดลมถูกดึงลงต่ำ และปอดพองมากดันกะบังลมต่ำลง หัวใจถูกดึงตามลงไปด้วยทำให้หลอดเลือดแดงใหญ่ เอนไปแนบกับหลอดลมใหญ่ข้างซ้าย เมื่อหลอดเลือดแดงใหญ่ พองตัวดันตามการบีบของหัวใจห้องซ้าย ก็จะกดให้หลอดลมใหญ่ข้างซ้ายต่ำลงด้วย นอกจากนี้ยังคลำได้การเคลื่อนไหวกว้างของทรวงอกตามการหายใจลดน้อยลงด้วย

3.2 การเคาะทรวงอก จะพบช่วงการเคลื่อนไหวกว้างของกะบังลมสั้นกว่าปกติ เคาะได้เสียงก้องทั่วทรวงอก บริเวณที่ที่หัวใจจะแคบและเสียงทึบของตับต่ำกว่าตำแหน่งปกติ

3.3 ฟังปอดจะพบเสียงหวีด เสียงหายใจเข้าเบาทั่วบริเวณปอด เสียงหายใจออกยาวกว่าปกติ

4. การตรวจพิเศษ การตรวจภาพรังสีทรวงอก พบกะบังลมราบต่ำ เส้นผ่านศูนย์กลางของหน้าอกจากด้านหน้าถึงด้านหลังยาวขึ้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์แก๊สในโลหิตแดง ระบบความดันบางส่วนของคาร์บอนไดออกไซด์สูง ความดันบางส่วนของออกซิเจนต่ำ มีความเป็นกรดของการหายใจ

4.3 การตรวจสมรรถภาพปอด Spirometry มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรค และจัดระดับความรุนแรง ต้องตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ และไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อย 1 เดือน สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ พบลักษณะของ airflow limitation โดยค่า FEV₁ / FEC หลังให้ยาขยายหลอดลม น้อยกว่าร้อยละ 70 และแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ โดยใช้ค่า FEV₁ หลังให้ยาขยายหลอดลม

การรักษา

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2559)

1. การรักษาในระยะสงบโดยไม่ใช้ยา คือการหยุดสูบบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ Influenza และเชื้อแบคทีเรีย Pneumococci ตามลำดับ การรักษาด้วยยา คือ Bronchodilators ซึ่งแนะนำแบบสูดพ่นมากกว่ายาในรูปแบบรับประทาน Corticosteroid ในรายที่ไม่สามารถควบคุมอาการด้วย long acting bronchodilators ได้ รวมถึงการรักษาอื่น ๆ ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการผ่าตัด

2. การรักษาในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การบำบัดด้วยออกซิเจน การให้ยาขยายหลอดลม bronchodilator แนะนำการใช้ Short acting beta₂ agonist เป็นยาขยายหลอดลมในผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน การให้ยา corticosteroid จะช่วยลดระยะเวลาในการฟื้นตัวของโรค ช่วยเพิ่มค่าสมรรถภาพปอด เพิ่มระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดง ขนาดยาที่ใช้คือ 30-40 mg ของ Prednisolone เป็นเวลา 5 วัน การให้ยาปฏิชีวนะและการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับรุนแรง อาการแย่ลงจากการรักษา

การพยาบาล

เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้ว่า จะเจ็บป่วยเรื้อรัง กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ (วันดี โดสุขศรี, 2559)

การพยาบาลระยะเฉียบพลัน

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ รูปแบบการหายใจ ฟังเสียงหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ทุก 15 นาทีในระยะวิกฤติ และรายงานเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา หากมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ
3. ให้ยาขยายหลอดลม และยาสเตียรอยด์ตามแผนการรักษา ฟังเสียงปอดก่อนและหลังการให้ยาขยายหลอดลม เพื่อประเมินผลการใช้ยา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
4. จัดท่าศีรษะสูง (High fowler) เพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้น
5. ดูแลเสมหะตามความจำเป็น สังเกตสี ปริมาณของเสมหะ เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ
6. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
7. ดูแลผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารตามแผนการรักษา ดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน
8. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการพักผ่อน เพื่อลดการใช้ออกซิเจน
9. ถ้าผู้ป่วยได้รับยาสงบประสาท ต้องสังเกตการหายใจ เนื่องจากยาทำให้ระบบหายใจไม่ทำงาน
10. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวล รับฟังและตอบคำถามด้วยท่าทางเป็นมิตรและนุ่มนวล

11. ดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ยกไม้กั้นเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

การพยาบาลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของระบบทางเดินหายใจ และลักษณะการดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตอบคำถามข้อข้องใจของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ไม่ควรเข้าไปในสถานที่แออัด พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานวิตามินซีทุกวันทุกปี

2. แนะนำหลักเลี้ยงภาวะมลพิษต่าง ๆ จดสูบบุหรี่ แนะนำให้เคี้ยวหมากฝรั่งแทน ถ้ายังเลิกไม่ได้ แนะนำเข้าคลินิกอดบุหรี่ ส่งเสริมให้ครอบครัวช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรม เช่น การเคาะหน้าอก และการทำให้ปอดสั้นสะเทือนเพื่อขับเสมหะออก เป็นต้น สอนเทคนิคการไอ การจัดทำระบายเสมหะ การบริหารการหายใจ การใช้เครื่องมือที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ออกซิเจนเคลื่อนที่

3. แนะนำวิธีสรงนพลังงาน จัดกิจกรรมหนักสลับเบา บริหารการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กะบังลม เป่าปาก และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ทำอย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที

4. อธิบายเรื่องการรับประทานยาและการพ่นยาเองที่บ้าน การสังเกตผลข้างเคียงของยา ถ้าอาการไม่ทุเลา ให้รีบมาโรงพยาบาล แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และการมาตรวจติดตามอาการ ตามนัด และช่องทางการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มของโรคปอดอักเสบเรื้อรังที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี 2019 ถึง 2.23 ล้านคน (WHO, 2019) ลักษณะสำคัญคือ หลอดลม เนื้อปอด และ หลอดลมปอดเกิดการอักเสบเป็นเวลานาน ส่งผลให้หลอดลมค่อย ๆ ตีบแคบลงหรือถูกอุดกั้นโดยไม่อาจฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้ (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2559) จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2558 ประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1.5 ล้านราย รับการรักษาในโรงพยาบาล 249,742 ราย เสียชีวิตจำนวน 17,347 ราย โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปี 2560, 2561 และ 2562 จำนวน 412, 421 คน และ 433 คน ตามลำดับ (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร, 2562) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา มีจำนวนมากขึ้น ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ดี จะส่งผลให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและงบประมาณในการรักษาได้ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และการรักษาอย่างรวดเร็ว สามารถแก้ไขภาวะวิกฤต และลดความรุนแรงของโรคที่อาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากหนังสือวิชาการ เอกสารวิชาการทางอินเทอร์เน็ต และปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้เป็นแนวทางกรณีศึกษา เฉพาะราย

2. เลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ชายไทย อายุ 44 ปี มารับการรักษาด้วยอาการหอบเหนื่อย 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล วันที่ 24 สิงหาคม 2562 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยการพ่นยาขยายหลอดลม และใส่ท่อช่วยหายใจ HN : 13428/62 AN : 2101/62 ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลดังนี้

2.1 ชักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการตรวจร่างกาย

2.2 วินิจฉัยการพยาบาล

2.3 วางแผนให้การพยาบาล

2.4 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามแผนการพยาบาล บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลลงเวชระเบียน

2.5 ประเมินผลการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล วางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

3. สรุปผลกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทย น้ำหนัก 70.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร โรคประจำตัวปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปฏิเสธแพ้ยาปฏิชีวนะแพ้สารอาหาร ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ 1 มวนต่อวันนาน 20 ปี เลิกสูบบุหรี่ 1 เดือน มารับการรักษาด้วยอาการหอบเหนื่อย 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล พ่นยาขยายหลอดลมเองมากกว่า 10 ครั้ง อาการไม่บรรเทาจึงมาโรงพยาบาล 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไอ มีเสมหะ น้ำมูกสีเหลือง

เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 24 สิงหาคม 2564 เวลา 04.40 นาฬิกา ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แรกได้รับรู้สีกตัวหายใจเร็ว เหงื่อออกตามตัว ใช้ก้านเนื้อทรวงอกช่วยหายใจ ฟังปอดมีเสียงหลอดลมตีบที่ปอดทั้งสองข้าง วัดสัญญาณชีพ พบว่า อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส หายใจ 40 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นชีพจร 114 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 211/124 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 74 เปอร์เซ็นต์ ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการตรวจปกติ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ แพทย์ให้พ่นยาขยายหลอดลม Berodual 2 มิลลิลิตร จำนวน 3 ครั้ง และฉีดยาสเตียรอยด์ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 เปอร์เซ็นต์ NSS 1000 มิลลิลิตร ให้ในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังพ่นยาผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อย หายใจ 40 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 88 เปอร์เซ็นต์ แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว พิจารณาใส่ท่อช่วย

หายใจ ขณะใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วย กระสับกระส่าย แพทย์มีคำสั่งให้ฉีดยา Valium 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ พ่นยาขยายหลอดลม Berodual 2 มิลลิลิตร ทุก 6 ชั่วโมง สลับกับ Ventolin 2.5 มิลลิลิตร ทุก 6 ชั่วโมง สลับกัน ทุก 3 ชั่วโมง ฉีดยาสเตียรอยด์ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ใส่สายยางทางจมูก พบเลือดสีดำน้้ำปริมาณ 200 มิลลิลิตร สวนล้างกระเพาะอาหารด้วย 0.9 เปอร์เซ็นต์ NSS 500 มิลลิลิตร ใส่สายสวนปัสสาวะ พบปัสสาวะสีเหลืองใส วินิจฉัยเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับไว้รักษาที่งานหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต

เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 26 สิงหาคม 2562 เวลา 15.00 นาฬิกา ที่งานหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยนอนบนเตียง รู้สึกตัวดี เปลือกตาขาว 2 ข้าง ตาแดง มีไข้ต่ำสีเหลือง วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 133/87 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 95-100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส หายใจ 18-24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 93-97 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ เวลา 09.00น. ได้รับออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที พ่นยาขยายหลอดลม Berodual 2 มิลลิลิตร หลังถอดท่อช่วยหายใจ หลังจากนั้นพ่นทุก 6 ชั่วโมง และยาพ่น Seretide 25/125 พ่นวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ได้รับยาฉีดสเตียรอยด์ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง และยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง หลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ไอมีเสมหะสีเหลือง ได้รับการถอดสายให้อาหารทางจมูก ให้เริ่มรับประทานอาหารมื้อเที่ยงได้ถ้าไม่เหนื่อย ได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง ไม่บ่นเหนื่อย ปัสสาวะเองได้

การเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 27 สิงหาคม 2562 เวลา 12.00 นาฬิกา ที่งานหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยนั่งบนเตียง รู้สึกตัวดี เปลือกตาขาวมดแดง ตาแดงทั้ง 2 ข้าง แพทย์ให้เตรียมกลับบ้านในวันรุ่งขึ้น ผู้ป่วยไอมีเสมหะบางครั้ง ทำกิจวัตรประจำวันได้ เดินไปห้องน้ำได้ บ่นเหนื่อยเล็กน้อย วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 123/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 98-99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone ครบ 5 วัน หลังจากนั้นยุติการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาพ่น BerodualMDI พ่นครั้งละ 1 พู เวลาเหนื่อย ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน Prednisolone 5 มิลลิกรัม 4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง นาน 2 วัน หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยสามารถพ่นยาเองได้อย่างถูกวิธี ผู้ป่วยพูดคุยได้ปกติ ไม่มีเสียงแหบ ไม่บ่นเจ็บคอ

การเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 28 สิงหาคม 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา ที่งานหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยนั่งบนเตียง รู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น เปลือกตาไม่บวม ตาแดงเล็กน้อย ไอมีเสมหะบางครั้ง ทำกิจวัตรประจำวันได้ เดินไปห้องน้ำได้ ไม่บ่นเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 124/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน มีนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และแนะนำการรับประทานยา Prednisolone 5 มิลลิกรัม 4 เม็ด มื้อเย็น ตามแผนการรักษา แนะนำการพ่นยาขยายหลอดลม Seretide 25/125 ครั้งละ 2 พู วันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องที่บ้านเพื่อควบคุมอาการ

ระหว่างที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลพบปัญหาและแก้ไขตามลำดับ ดังนี้

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

เป้าหมายการพยาบาล ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ พ่นยาขยายหลอดลม ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา นิตยาสเตียรอยด์ dexamethasone ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา จัดให้ออนสีระยะสูง เคาะปอด ดูดเสมหะเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง ประเมินอาการหายใจลำบาก ภาวะพร่องออกซิเจน หลังให้การพยาบาล

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขในวันที่ 27 สิงหาคม 2562 เวลา 18.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยตื่น กระสับกระส่าย

เป้าหมายการพยาบาล ท่อช่วยหายใจไม่เลื่อนหลุด

กิจกรรมการพยาบาล วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน จัดเตียงอยู่ในระยะที่สามารถมองเห็นได้ชัด อธิบายความจำเป็นในการยึดตรึงแขน เพื่อเฝ้าระวังการดึงท่อช่วยหายใจ เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ กรณีท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด สังเกตอาการหลังแพทย์ถอดท่อช่วยหายใจ

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไข วันที่ 26 สิงหาคม 2562 เวลา 20.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 3 มีการติดเชื้อ เนื่องจากพยาธิสภาพ

เป้าหมายการพยาบาล ไม่มีติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ล้างมือก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย สังเกตสีและลักษณะของเสมหะ ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone ทางหลอดเลือดดำ และยาขับเสมหะ Ambroxol ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา กระตุ้นการไอ เพื่อขับเสมหะ

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไข วันที่ 27 สิงหาคม 2562 เวลา 18.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากสภาวะความเจ็บป่วย

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล และมีความรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค

กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับกระบวนการเกิดโรค การกำเริบของโรค การใส่ท่อช่วยหายใจ และการรักษาที่โรงพยาบาล กระตุ้นให้ญาติถามคำถามที่ไม่เข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวล

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขวันที่ 27 สิงหาคม 2562 เวลา 18.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ

เป้าหมายการพยาบาล ไม่มีติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล วัดสัญญาณชีพ ล้างมือก่อนและหลังการให้การพยาบาล ใส่สายสวนปัสสาวะตามหลักการปราศจากเชื้อ ดูแลให้อยู่ในระบบปิดเสมอ ไม่หักพับงอหรือดึงรั้งท่อปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก วันละ 2 ครั้ง และสังเกตอาการหลังการถอดสายสวนคาปัสสาวะ

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไข วันที่ 26 สิงหาคม 2562 เวลา 20.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากได้รับยา Dexamethasone

เป้าหมายการพยาบาล ไม่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล อธิบายความจำเป็นในการงดน้ำงดอาหาร ใส່สายยางให้อาหารทางจมูกด้วยความนุ่มนวล สังเกตสี และลักษณะของสารคัดหลั่งจาก Gastric tube และอุจจาระ บันทึกและรายงานแพทย์เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลง ติดตามผลตรวจความเข้มข้นของเลือด เกล็ดเลือด เพื่อประเมินภาวะซีด บริหารยา สเตียรอยด์ Dexamethasone และยาลดกรด Losec ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไข วันที่ 26 สิงหาคม 2562 เวลา 20.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 7 มีการระคายเคืองที่เยื่อหูตา

เป้าหมายการพยาบาล ไม่มีอาการระคายเคืองที่เยื่อหูตา

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินการมองเห็น ถ้างมูก่อนและหลังให้การพยาบาล หยอดตาด้วย Opsil tear drop หยอดตาทั้ง 2 ข้าง วันละ 4 ครั้ง ตามแผนการรักษา อธิบายผู้ป่วยใช้กระดาษชำระเช็ดตา ไม่ให้ขยี้ตา

ใช้น้ำเกลือทำความสะอาด แนะนำสังเกตอาการ เช่น มองภาพไม่ชัด ตามัว ปวดตา ให้แจ้งพยาบาลทราบ

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขวันที่ 27 สิงหาคม 2562 เวลา 18.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล และมีความรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค

กิจกรรมการพยาบาล ให้ข้อมูลการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เช่น บริหารการหายใจ การออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สาธิตวิธีใช้ยาสูด การทำความสะอาดอุปกรณ์ การตรวจตามนั้ด อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ รับผิดชอบในไข้หวัดใหญ่ทุกปี ให้ข้อมูลช่องทางการช่วยเหลือฉุกเฉิน

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขวันที่ 27 สิงหาคม 2562 เวลา 18.00 นาฬิกา

7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขณะอยู่ในความดูแลพบ 8 ปัญหา ทุกข้อ ได้รับการป้องกันและแก้ไข ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย อธิบายและสาธิตวิธีใช้ยาพ่นควบคุมอาการของโรค และยาพ่นขยายหลอดลม แนะนำผู้ป่วยและญาติจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านลดถึงกระตุ้นอาการของโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และประสานงานกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนของโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาเยี่ยมบ้านผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดคลินิกอายุรกรรมในวันที่ 11 สิงหาคม 2562 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 5 วัน ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 28 สิงหาคม 2562

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างถูกต้อง

8.2 เพื่อให้พยาบาลพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

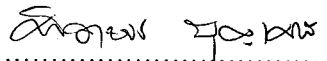
ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เนื่องจากสูบบุหรี่ และฝุ่นละอองจากถนนหน้าบ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นอาการของโรค

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษา และวิธีปฏิบัติเพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค

10.2 ประสานสหสาขาวิชาชีพ เช่น งานเวชศาสตร์ชุมชน ตรวจเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อม และให้คำแนะนำในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม เพื่อลดการกระตุ้นการกำเริบของโรค

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

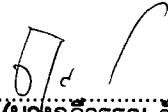
ลงชื่อ..... 

(นางสาวทิวพร บุญเศษ)

ผู้ขอรับการประเมิน

๑๕ ก.ย. ๒๕๖๔

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


ลงชื่อ..... 
(นางฤดีวรรณ รัตนาวดี)

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.)

หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

(ตำแหน่ง) โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

๑๕ ก.ย. ๒๕๖๔

ลงชื่อ..... 

(นายสุกรี สุวัฒน์พิมพ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

(ตำแหน่ง)

๑๕ ก.ย. ๒๕๖๔

เอกสารอ้างอิง

- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2557). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 12).
นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- ทนันชัย บุญบุรพงศ์. (2561). การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ = *Respiratory care in clinical practice*.
กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2559). การวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. นนทบุรี: เฮลท์ เวิร์ค.
- ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร. (2562). สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ปี พ.ศ. 2560-2562.
- วันดี โดสุขศรี. (2559). การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เอ็นพี-
เพรส.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น-
เรื้อรัง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- World Health Organization. (2019). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Sheath Retrived
September 14, 2021. From:[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-
obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวทิวพร บุญเศษ

เพื่อประกอบการประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล (ตำแหน่งเลขที่ รพล. 195)
สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
สำนักการแพทย์
เรื่อง แบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หลักการและเหตุผล

ปัญหาการบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง หรือพบพยาธิสภาพในสมอง จากหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ โดยมีสาเหตุจากแรงภายนอก เป็นปัญหาสำคัญของโลก มีอุบัติการณ์สูง เนื่องจากสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการจราจร ข้อมูลของประเทศไทย พบผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้นจากในปี 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 660,888 คน, 831,118 คน และ 1,002,193 คนตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 11,389 คน, 9,815 คน และ 15,256 คนตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวบ่งบอกถึงภาระหน้าที่ทางสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการดูแลผู้ป่วยจากการบาดเจ็บทางศีรษะมากขึ้น รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ดังในปี 2559 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะเป็นจำนวนถึง 2,460 ล้านบาท (วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, กรมแพทย์ทหารอากาศ, สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา, 2562) โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร พบสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะที่เข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในปี 2560, 2561 และ 2562 จำนวน 431, 445 และ 485 คน ตามลำดับ (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร, 2562) ในจำนวนดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะระดับรุนแรง เสียชีวิต 2-5 รายต่อปี จากสถิติดังกล่าว ทีมนำการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) ของ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ได้ทำการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า ถึงแม้จะมีแนวทางปฏิบัติ, Clinical Practice Guideline และ standing order ใช้ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่แล้ว แต่ยังพบปัญหา คือ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ ไม่ครบถ้วน ทำให้การส่งต่อข้อมูลไม่ครอบคลุม เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบ ผู้ศึกษาได้จัดทำแบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ ซึ่งออกแบบให้มีการใช้งานที่ง่ายและครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็นในการประเมินผู้ป่วยไว้ใช้ประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาลรายงานผลการประเมินแก่แพทย์ได้อย่างรวดเร็ว และครอบคลุมตามมาตรฐาน เป้าหมายเพื่อลดความสูญเสีย ความพิการ หรือการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน

เป้าหมาย

พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะได้รวดเร็ว ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมอง ทำให้มีพยาธิสภาพที่ศีรษะส่วนใดส่วนหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พิการ หรือเสียชีวิตได้ (นครชัย เพื่อนปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562)

สาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร มีวัตถุหล่นจากที่สูงมากระแทกศีรษะ ตกจากที่สูง ศีรษะกระแทกพื้น หรืออุบัติเหตุที่ศีรษะ พยาธิสภาพจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นจากการมีแรงกระแทกที่ศีรษะทันที หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง เช่น ภาวะสมองบวม ภาวะความดันในสมองสูง การมีเลือดออกในสมอง เป็นต้น การบาดเจ็บจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความแรงที่มากระทบศีรษะ ตำแหน่งที่ถูกกระแทก ขนาดและชนิดของแรงที่มากระทบ หากมีแรงเคลื่อนมากระทบศีรษะที่อยู่หนึ่ง จะทำให้สมองบาดเจ็บเฉพาะที่ แต่ถ้าแรงนั้นมากระทบศีรษะที่อยู่หนึ่ง แล้วศีรษะเคลื่อนไปกระทบกับวัตถุอื่นจะทำให้เกิดการบาดเจ็บทั้งที่สมองเฉพาะที่และที่สมองทั่วไปด้วย การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (severity of head injury) ใช้คะแนนของ Glasgow Coma Scale (GCS)

พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยใช้หลักการประเมินผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาของ Advance traumatic life support (ATLS) เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยประเมินเบื้องต้นว่าเป็นการบาดเจ็บทางศีรษะระดับใด ประเมินอาการทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว และประเมินระบบอื่น ๆ ของร่างกาย ดูแลทางเดินหายใจ สังเกตและบันทึกบาดแผลหรือร่องรอยการบาดเจ็บ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับเปรียบเทียบอาการในระยะถัดไป การประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน และการส่งต่อข้อมูลไปยังแพทย์เพื่อการรักษาอย่างทันทั่วถึง จะส่งผลในการลดความสูญเสีย ความพิการ หรือตายได้ (รุ่งนภา เขียวช่อ, 2560)

แบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะสำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกิดจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ พบปัญหา คือ การประเมินอาการแรกรับไม่ครอบคลุม และไม่ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เป้าหมายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับความสะดวกในการประเมินผู้ป่วย บันทึกข้อมูลและให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว และถูกต้องตามมาตรฐาน โดยใช้แนวคิดการประเมินแบบมุ่งเน้นการ

ใช้ประโยชน์: ทฤษฎีผู้ปฏิบัติการปฏิบัติ (Utilization-Focused Evaluation: Theory into practice) ตามนิยามของ Michael Quinn Patton คือ การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกิจกรรมและผลลัพธ์ของโครงการเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจคุณค่าและการปรับปรุงโครงการ มุ่งเน้นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับการใช้ผลการประเมินและเป็นการประเมินที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจงว่าจะนำผลการประเมินไปใช้ทำอะไร การประเมินแบบมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์เริ่มต้นจากความสำคัญของผลการประเมินที่จำเป็นจะต้องถูกนำไปใช้ประโยชน์และนำไปใช้จริง ดังนั้นการออกแบบการประเมินควรจะอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนการประเมินตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโดยคำนึงถึงผลที่จะได้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์โดยผู้ใช้งานจริงมากที่สุด (สุปราณี หมั่นยา, 2561) ทั้งนี้ พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบาดเจ็บทางศีรษะ และการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และเตรียมให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

แบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

1. การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติลักษณะการบาดเจ็บ อาการและอาการแสดง และการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น ๆ
2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะบาดแผล กำลังของกล้ามเนื้อ
3. การตรวจพิเศษ ได้แก่ การตรวจทางรังสีวิทยาและ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. การพยาบาล โดยครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม ระยะการดูแลต่อเนื่อง

และระยะก่อนจำหน่าย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นำเสนอต่อหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อจัดทำแบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. จัดทำแบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในรูปแบบตารางการประเมินให้ใส่คำตอบสั้น ๆ ตามหัวข้อการประเมิน ประกอบด้วยเนื้อหาการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษ การวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละระยะ
3. นำแบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและปรับแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
4. ประชุมชี้แจงการใช้แบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้พยาบาลในหน่วยงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาใช้ประเมินผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

6. ประเมินผลการใช้งานแบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หลังให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ 10 ราย

7. ปรับปรุงแก้ไขและนำแบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินไปใช้งานจริงในหน่วยงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับความสะดวกในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ
2. พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางศีรษะ และรายงานอาการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง

3. บันทึกข้อมูลการบาดเจ็บทางศีรษะได้ถูกต้อง

4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนหรือความพิการ
ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ สำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้ภายในปี 2565

2. ผู้บาดเจ็บทางศีรษะ ได้รับการประเมินครบถ้วน ครอบคลุมตามแบบประเมิน ร้อยละ 100

ลงชื่อ..... *ทิวิภาวดี บุญเศษ*

(นางสาวทิวิภาวดี บุญเศษ)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... ๑๔ ก.ย. ๒๕๖๔

เอกสารอ้างอิง

- นครชัย เพื่อนปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. (2562). *แนวทางปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ*. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริตีส์พลัส.
- ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร. (2562). *สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ปี พ.ศ. 2560-2562. ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร*.
- ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, กรมแพทยทหารอากาศ, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury)*. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริตีส์พลัส.
- รุ่งนภา เขียวขำ. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 : มกราคม-มิถุนายน 2560.
- สุปราณี หมั่นยา. (2561). *การประเมินแบบมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม-ธันวาคม 2561.

