

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 23 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 27 กรกฎาคม 2565 รวมระยะเวลาการดูแล 5 วัน

### 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

#### ความหมายของโรค

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อระบบ ทางเดินหายใจ พบมากที่สุดคือติดเชื้อไวรัสแบคทีเรียหรือ เชื้อรา แต่ที่พบได้บ่อยที่สุดคือ โรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย Streptococcus pneumoniae ปอดอักเสบจำแนกเป็น 2 ชนิด คือ โรคปอดอักเสบในชุมชน (Community Acquired Pneumonia: CAP) โรคปอดอักเสบที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia: HAP) ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการไข้ ไอ หอบ อาจมีอาการเจ็บหน้าอก ตรวจพบว่าหายใจเร็ว ร่วมกับฟังปอดได้ยินเสียง crepitation หรือ bronchial breath sounds แพทย์ยืนยัน การวินิจฉัยโรคจากภาพรังสีทรวงอกพบมีรอยปื้นเกิดขึ้นใหม่ (New pulmonary infiltration) (ฐานิตร์ ใจการ และณิรณช วงศ์เจริญ, 2564)

#### พยาธิสภาพ

1. ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่ง ในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดง ไพบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาในแบคทีเรีย ใช้เวลา 24-46 ชั่วโมง หลังจากนั้นเข้าสู่ปอด

2. ระยะปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่า มีเม็ดเลือดแดงและไพบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้นทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดง ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดง ในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรคระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization ) เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไพบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัวลง ระยะนี้กินเวลา 3-5 วัน

3. ระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้เม็ดเลือดขาวสามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไพบรินเม็ดเลือดขาวและหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะ เนื้อปอดกลับคืนสู่สภาพปกติได้(อุ๋นเรื่อน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี, 2563)

#### สาเหตุ

1. เชื้อแบคทีเรีย เป็นเชื้อที่เป็นสาเหตุของปอดอักเสบที่พบได้บ่อยที่สุดในคนทุกวัย ได้แก่ เชื้อปอดอักเสบที่มีชื่อว่า สเตรปโตค็อกคัสนิวโมเนียอี (Streptococcus pneumoniae)

2. แบคทีเรียชนิดอื่นๆ เช่น Staphylococcus aureus ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดปอดติดเชื้อชนิดร้ายแรงพบได้บ่อยในผู้ฉีดยาเสพติดด้วยเข็มที่ไม่ผ่านกรรมวิธีฆ่าเชื้อและอาจเป็นภาวะแทรกซ้อน ของโรคไข้หวัดใหญ่ เชื้อ Klebsiella pneumoniae ซึ่งทำให้เป็นปอดติดเชื้อชนิดร้ายแรง

3. เชื้อไมโคพลาสมานิวโมเนียอี (Mycoplasma pneumoniae) ซึ่งเป็นเชื้อคล้ายแบคทีเรียแต่ไม่มีผนังเซลล์จัดว่าอยู่ก้ำกึ่งระหว่างเชื้อไวรัสกับแบคทีเรีย มักทำให้เกิดปอดอักเสบที่มีอาการไม่ชัดเจน

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### สาเหตุ(ต่อ)

4. เชื้อไวรัสที่พบบ่อย ได้แก่ ไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza virus)
5. เชื้อราที่สำคัญ ได้แก่ นิวโมซิสติส จีโรเวซิโอ (Pneumocystis jirovecii pneumonia-PCP)

(อุ้นเรื่อน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี, 2563)

### อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อยเป็นสำคัญ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจมีไม่ครบทุกอย่าง ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองและมีความสามารถในการสื่อสารได้จำกัด แพทย์จะให้ความสนใจและสงสัยผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นเป็นพิเศษเนื่องจากอาการอาจแสดงไม่ชัดเจน (อุ้นเรื่อน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี, 2563)

1. ไข้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือมีไข้ตัวร้อนตลอดเวลา บางรายก่อนมีไข้ขึ้น อาจมีอาการหนาวสั่น มักจะเป็นเพียงครั้งเดียวในช่วงแรก (อภิสิทธิ์ ตามสัตย์, 2565)
2. อาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการปากเขียว ตัวเขียว ส่วนในรายที่เป็นไม่มาก อาจไม่มีอาการหอบเหนื่อยชัดเจน
3. อาการไอ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ แล้วต่อมาจะมีเสมหะขาวหรือขุ่นข้น ออกเป็นสีเหลืองสีเขียว บางรายอาจเป็นสีสนิมมีเลือดปน
4. อาการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บแปล็บเวลาหายใจเข้าหรือเวลาที่ไอแรงๆ ตรงบริเวณที่มีการอักเสบของปอด ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สีข้าง หรือท้อง ต่อมาจะมีอาการหายใจหอบเร็ว
5. ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหารอาเจียน อ่อนเพลีย ร่วมด้วย
6. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักมีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น หรือโรคหวัด มาก่อนแล้วจึงมีอาการไอ หายใจหอบตามมา โดยเฉพาะที่เกิดจากเชื้อ Streptococcus pneumoniae หรือเชื้อ Haemophilus influenzae
7. อาจมีอาการซึม สับสน
8. ในรายที่เป็นปอดอักเสบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้ออื่นๆ จะมีอาการของโรคติดเชื้อนั้นๆ ร่วมด้วย เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัด อีสุกอีใส โรคฉี่หนู เป็นต้น

### การวินิจฉัย

1. อาการแสดง คือ มีไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรค
2. การตรวจร่างกาย การใช้เครื่องตรวจฟังเสียงปอด จะพบว่า มีเสียงดังกรอกรบหรือมีเสียงหายใจน้อยกว่าปกติ
3. การถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกาย
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ซึ่งแพทย์จะเลือกตรวจตามความเหมาะสมตามความจำเป็น หรือตามดุลยพินิจของแพทย์ (อุ้นเรื่อน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี, 2563)

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

### การรักษา

1. การให้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน 4 ถึง 6 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อแพทย์ควรพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง เนื่องจากทุกๆ 1 ชั่วโมงของการให้ยาต้านจุลชีพช้าจะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลงร้อยละ 8 (วิจิตรา กุสมภ์, 2565)

2. การรักษาประคับประคองตามอาการ

2.1 ดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่ควรต่ำกว่า 94 เปอร์เซ็นต์

2.2 ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ คือ วันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตร หรือ ประมาณ 8-10 แก้วเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของผู้ป่วย

2.3 ดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ

2.4 ดูแลให้ได้รับการระบายการคั่งค้างของเสมหะ โดยการเคาะปอด สอนการไอและการหายใจที่มีประสิทธิภาพ

3. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ในเรื่องการดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สิริมา ปิยะวัฒน์พงศ์ และนัตตา คำนิสารัตน์ยม, 2562)

### การพยาบาล

1. ประเมินระบบหายใจ กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะค่าอัตราการหายใจและความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ติดตามเยื่ออาการ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพและภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น กระสับกระส่าย เมื่อพบความผิดปกติให้ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ ทดสอบการรั่วของออกซิเจนและรายงานแพทย์

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงจัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา แนะนำการหายใจอย่างถูกต้อง

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เพื่อยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของเชื้อแบคทีเรียเผาะวังผลข้างเคียงของยา

4. ประเมินการทำงานของปอด ประเมินเสียงปอดลักษณะ และผลเอ็กซเรย์ทางคอมพิวเตอร์ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

5. ดูแลระบบทางเดินหายใจ ดูแลเสมหะหากผู้ป่วยมีอาการหลอดลมเกร็งให้ยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษาและติดตามผลข้างเคียงของยา

6. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายเพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

7. ดูแลเช็ดตัวลดไข้เมื่อมีไข้และยาลดไข้ตามแผนการรักษา

8. ดูแลป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและความสะอาดช่องปากและฟันโดยการทำให้ผลการใช้หลักปราศจากเชื้อ(สิริมา ปิยะวัฒน์พงศ์ และนัตตา คำนิสารัตน์ยม, 2562)

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

#### ความหมายของโรค

ภาวะที่ปอดไม่สามารถรักษาแรงดันของออกซิเจนในเลือดแดง (PaO<sub>2</sub>) ให้อยู่ในระดับปกติ หรือปอดไม่สามารถรักษาแรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ PaCO<sub>2</sub> ในเลือดแดงไว้ในระดับปกติได้ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันจากปอดอักเสบ หรือจากโรคเรื้อรัง หอบหืด ถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง(วิจิตรา กุสุมภ์, 2565)

#### พยาธิสภาพ

ปอด (lung/pulmonary) และ ปัม (pump) ที่สูบอากาศเข้า-ออกจากปอด (ventilate) โดยที่ส่วนปอดเป็นอวัยวะแลกเปลี่ยนก๊าซ ประกอบด้วยทางเดินหายใจ (airway) และ ถุงลม (alveoli) ส่วนปัมประกอบด้วยผนังทรวงอก กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ (respiratory center) ที่สมองส่วนกลาง และ ตัวเชื่อมโยงระหว่างศูนย์ควบคุมการหายใจกับกล้ามเนื้อ ซึ่งประกอบด้วย ไซสันหลัง เส้นประสาท และ neuromuscular junction ที่ส่วนใดผิดปกติไปจะมีความล้มเหลวของปอด ที่เกิดจากโรคปอด เช่น โรคปอดบวม ถุงลมโป่งพอง ปอดนำไปสู่ภาวะขาดออกซิเจน (hypoxemia) และ normocapnia หรือ hypocapnia เกิดภาวะหายใจล้มเหลวจากการขาดออกซิเจน ความล้มเหลวของปัม (pump failure) ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด(วิจิตรา กุสุมภ์, 2565)

#### สาเหตุ

1. ระบบประสาท : หลอดเลือดสมองแตก ตีบตัน สมองบาดเจ็บ การหยุดหายใจขณะหลับ
2. ระบบทางเดินหายใจ : ปอดอักเสบรุนแรง การบาดเจ็บทรวงอก การใช้เครื่องช่วยหายใจ หอบหืดรุนแรงปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการให้เลือดจำนวนมาก จมน้ำ สูดก๊าซพิษและคาร์บอนมอนนอกไซด์(CO)
3. กล้ามเนื้ออ่อนแรง : มัยแอสทีเนีย กราวิส โรคกล้ามเนื้อเสื่อม
4. ผนังทรวงอกผิดปกติ : การบาดเจ็บทรวงอก และกระดูกสันหลังคด (scoliosis)

#### อาการและอาการแสดง

1. อาการที่เกิดจากโรคที่ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว เช่น ไข้ ไอ เหนื่อย จากโรคปอดบวม ฯลฯ
2. อาการที่เกิดจากการขาดออกซิเจน (Hypoxemia)
3. อาการที่เกิดจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia)

#### การวินิจฉัยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

1. จากประวัติ อาการ และอาการแสดง
2. การวัดระดับ SpO<sub>2</sub>, ABG และวัดสมรรถภาพของปอด
4. เอกซเรย์ปอด (chest x-ray) และการตรวจสมรรถภาพปอด

#### การรักษา

1. ระบายอากาศ (ventilation) การระบายอากาศให้เพียงพอต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่
  - 1.1 หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับในขนาดสูงเกินไป (อยู่ในระหว่างการทำวิจัย)
  - 1.2 ให้อาหารอย่างเพียงพอ และควรให้อาหารปฏิชีวนะเกือบทุกราย
  - 1.3 ให้อาหารอย่างเพียงพอ เพื่อเสริมสร้างพลังงานในการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจและกระบัง

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### การรักษา(ต่อ)

- 1.4 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ (airway patency)
- 1.5 เจาะเลือดวัดแรงดันก๊าซในหลอดเลือดแดง (ABG) เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน
- 1.6 พิจารณาการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยให้ VT 10- 15 มล/น้ำหนักตัว 1 กก.
- 1.7 ให้ PEEP (postive end expiratory pressure) ในระดับ 5-10 ซม.น้ำเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ถุงลมดีขึ้น
- 1.8 ให้ยาเพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อปอด เป็นยากลุ่มสตีรอยด์ทุกครั้ง จะทำให้ภาวะการขาดออกซิเจนดีขึ้นภายใน 5-7 วัน ซึ่งแพทย์จะพิจารณาลดขนาดลงวันที่ 7 -14
- 1.9 การนอนคว่ำ (prone position) การจัดทำผู้ป่วย ARDS ในท่านอนคว่ำ ปอดส่วนหลังซึ่งเป็นเนื้อที่ส่วนใหญ่ของปอดไม่โดนกดทับ ปอดที่แฟบมีโอกาสขยายตัว และการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มมากขึ้น
2. การกำซาบ(perfusion)โดยการส่งเสริมให้มีกำซาบออกซิเจนในเลือดอย่างเพียงพอ ถ้าการแลกเปลี่ยนก๊าซเพียงพอแล้ว(วิจิตรา กุสุมภ์, 2565)
  - 2.1 การประเมินกลไกการไหลเวียนโลหิต เช่น การใส่ Swan-Ganz เพื่อวัดCVP, PA, PCWP, CO
  - 2.2 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้เลือดอย่างเพียงพอ
  - 2.3 ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อปอด

### การพยาบาล

1. ประเมินสภาพการหายใจสังเกตอาการและอาการแสดงของการหายใจที่เป็นมีประสิทธิภาพ ประเมินสัญญาณชีพหากพบความผิดปกติให้รีบแก้ไขและรายงานแพทย์ทันที
2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลการตั้งค่าเครื่องตามการรักษาของแพทย์และบันทึกการเปลี่ยนแปลงสังเกตการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งดูตเสมอหะเท่าที่จำเป็น โดยการประเมินการจากการฟังเสียงปอด การเฝ้าระวังน้ำที่ตกค้างจากเครื่องช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะไต่ออกได้ดี
4. ลดการใช้ออกซิเจนโดยการวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ ให้การพยาบาลช่วยให้ออกซิเจนที่ลำในการหายใจได้พัก ทำหน้าที่แทนกล้ามเนื้อหายใจในการสนับสนุนการทำงานของระบบหายใจ ช่วยเพิ่ม PaO<sub>2</sub>และลด PaCO<sub>2</sub> ช่วยให้ออกซิเจนที่ลำได้พัก
5. จัดท่านอนที่ส่งเสริมการให้เปลี่ยนแก๊ส ได้แก่ ท่านอนหงายศีรษะสูง 45 องศาเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอกและปอดขยายตัวได้ดี
6. ประเมินความพร้อมในการอย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจไม่หอบเหนื่อย ลักษณะการเคลื่อนไหวของทรวงอก ความสามารถในการไอขับเสมหะ รวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะค่าโปแตสเซียมและผลการ ABG
5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาฆ่าเชื้อ ยาขยายหลอดเลือด ยาละลายเสมหะ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (ธนรัตน์ พรศิริรัตน์ และยุพิน พูลกาลัง, 2561)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิง อายุ 57 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ  
สถานะภาพในการปกครอง เป็นสมาชิกครอบครัว อาศัยอยู่กับบุตร  
เรียนจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 23 กรกฎาคม 2565 เวลา 12.15 น.

วันที่รับไว้ดูแล 23 กรกฎาคม 2565 เวลา 12.15 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 03 สิงหาคม 2565 เวลา 08.25 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 27 กรกฎาคม 2565 เวลา 17.35 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 12 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 5 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย และประวัติการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไอ หายใจหอบเหนื่อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไอแห้งๆ หลังจากนั้น 1 วันต่อมามีอาการ  
หอบเหนื่อยมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลวัฒนานคร แรกรับที่โรงพยาบาลวัฒนานคร แรกรับระดับ  
ความรู้สึกตัวผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีทำตามสั่งได้ E4V5M6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้น  
ชีพจร 106 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 99/53 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ค่าความ  
อิ่มตัวของออกซิเจน 88 เปอร์เซ็นต์ น้ำตาลปลายนิ้ว 139 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นปกติ  
สม่าเสมอ อัตราการเต้น 100 ครั้งต่อนาที หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์  
7.5 ลีท 20 เซนติเมตร ฟลิ้มเอ็กซ์เรย์ปอดพบ Left lower lobe infiltration แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบ  
(pneumonia) ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน(Acute respiratory failure) แพทย์เจาะเลือดส่ง  
ตรวจเพาะเชื้อ (hemoculture) และเริ่มให้ยาฆ่าเชื้อ fortum 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ แพทย์ให้สารละลาย  
ทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1000 มิลลิลิตร หลังจากนั้น เปลี่ยนเป็นสารละลายทางหลอดเลือดดำ  
Lactated Ringer's Solution 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จึงส่งตัวรับการรักษาต่อโรงพยาบาลสระแก้ว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว(Acute Lymphoblastic leukemia) 1 ปี ได้รับการฉายแสงครบ ผู้ป่วยได้รับการ  
การดูแลแบบประคับประคอง และโรคเบาหวาน(Diabetes) โรคเบาหวาน 5 ปี รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง  
ยาที่รับประทานคือ Metformin 2 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Glipizide 5mg 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### 4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา

ประวัติการผ่าตัด ไม่เคยผ่าตัด

ประวัติการใช้สารเสพติด ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิ 38.0 องศาเซลเซียส

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงรูปร่างสมส่วน ตื่นรู้สึกตัวรู้เรื่องดี ทำตามคำสั่งได้ไม่สับสน

ผิวหนังและเล็บ : ผิวสีเหลืองซีด ไม่พบบาดแผล ไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

ศีรษะ : รูปร่างปกติ กะโหลกศีรษะมีรูปร่างสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีบาดแผล ไม่มีก้อน

ใบหน้า : มีรูปร่างเป็นรูปไข่ ใบหน้าและอวัยวะบนใบหน้าสมส่วนกันและเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง ผิวหนังเรียบ ไม่บวม ไม่มีก้อน ไม่มีตุ่มหนอง

ตา : รูม่านตา 2 มิลลิเมตรเท่ากันดีทั้ง 2 ข้าง มีการตอบสนองต่อแสงปกติ เยื่อบุตาขาวซีดเล็กน้อย

หู : ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีน้ำหนองไหล

จมูก : มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คัด ไม่เอียงผิดปกติ ขณะหายใจไม่มีปีกจมูกบาน

ปาก : ริมฝีปากซีด และแห้ง ลักษณะขากรรไกรปกติ

คอ : ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง คอไม่แข็ง คลำไม่พบก้อน

ทรวงอกและปอด : รูปร่างทรวงอกปกติ เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีก้อน ทรวงอกขยายได้ดี normal chest movement ปอดมีเสียงลมผ่านดังเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

แขนขา : เคลื่อนไหวแขนและขาเท่ากันดีทั้ง 2 ข้าง ปลายมือปลายเท้าอุ่นดี capillary refill 2 วินาที

หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด : EKG monitor lead 2 show normal sinus rhythm อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที เต็มแรงดี สม่ำเสมอ ไม่ได้ยินเสียงหัวใจผิดปกติ ชีพจรที่แขนขา คอ ขาหนีบ สม่ำเสมอเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ความดันโลหิต 119/60 มิลลิเมตรปรอท

ระบบต่อมไร้ท่อ : บริเวณรักแร้และขาหนีบคลำไม่พบบวมต่อมไร้ท่อ

ระบบทางเดินอาหาร : รูปร่างหน้าท้อง Round shape ไม่มี Lesion ท้องไม่อืด คลำไม่พบตับและม้ามโต

ระบบกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อ : กระดูกสันหลังอยู่ในแนวกลางลำตัวได้สัดส่วน กล้ามเนื้อแขนขาปกติ การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ การเคลื่อนไหวของแขนขามีแรง ขยับได้ motor power grade 5 เท่ากันทั้ง 4 รยางค์

ระบบประสาท : ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีชักเกร็ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX)

วันที่	เวลา	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
23 กรกฎาคม 2565	14.00น.	168 mg%	80-200 mg%	ปกติ
23 กรกฎาคม 2565	18.00น.	221 mg%	80-200 mg%	สูงกว่าปกติ
23 กรกฎาคม 2565	23.00 น.	188 mg%	80-200 mg%	ปกติ
24 กรกฎาคม 2565	06.00 น.	174 mg%	80-200 mg%	ปกติ
24 กรกฎาคม 2565	12.00 น.	280 mg%	80-200 mg%	สูงกว่าปกติ
24 กรกฎาคม 2565	18.00 น.	122 mg%	80-200 mg%	ปกติ
24 กรกฎาคม 2565	23.00 น.	158 mg%	80-200 mg%	ปกติ
25 กรกฎาคม 2565	06.00 น.	145 mg%	80-200 mg%	ปกติ
25 กรกฎาคม 2565	12.00 น.	124 mg%	80-200 mg%	ปกติ
25 กรกฎาคม 2565	18.00 น.	123 mg%	80-200 mg%	ปกติ
25 กรกฎาคม 2565	23.00 น.	118 mg%	80-200 mg%	ปกติ
26 กรกฎาคม 2565	06.00 น.	132 mg%	80-200 mg%	ปกติ
26 กรกฎาคม 2565	12.00 น.	125 mg%	80-200 mg%	ปกติ
26 กรกฎาคม 2565	17.00 น.	146 mg%	80-200 mg%	ปกติ



ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต่อ)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC)23 กรกฎาคม 2565 เวลา 12:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	3400 cell/uL	5,000 – 10,000 cell/mm <sup>2</sup>	ต่ำกว่าปกติ
RBC	2.02 cells/ul	4.03 – 5.55 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	5.9 g/dL	12.8 – 16.1 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	18 %	38.2 – 65 %	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	118,000 cells/ul	140,000 – 400,000 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ
Neutrophil	2 %	40 – 70 %	ต่ำกว่าปกติ
Lymphocyte	54 %	20 – 50 %	สูงกว่าปกติ
Monocyte	0 %	3 – 11 %	ต่ำกว่าปกติ
Eosinophil	0 %	0 – 9 %	ปกติ
MCV	89.8 fl	78.9 – 98.6 fl	ปกติ
MCH	29.0 pg	25.9 – 33.4 pg	ปกติ
MCHC	32.3 g/dL	32 – 34.9 g/dL	ปกติ
RDW	20.7 %	11.8 – 15.2 %	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC) 23 กรกฎาคม 2565 เวลา 18:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	3,560 cell/uL	5,000 – 10,000 cell/mm <sup>2</sup>	ต่ำกว่าปกติ
RBC	1.86 cells/ul	4.03 – 5.55 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	5.4 g/dL	12.8 – 16.1 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	17 %	38.2 – 65 %	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	114,000 cells/ul	140,000 – 400,000 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ
Neutrophil	4 %	40 – 70 %	ต่ำกว่าปกติ
Lymphocyte	64 %	20 – 50 %	สูงกว่าปกติ
Monocyte	1 %	3 – 11 %	ต่ำกว่าปกติ
Eosinophil	0 %	0 – 9 %	ปกติ
MCV	89.0 fl	78.9 – 98.6 fl	ปกติ
MCH	29.0 pg	25.9 – 33.4 pg	ปกติ
MCHC	32.6 g/dL	32 – 34.9 g/dL	ปกติ
RDW	20.5 %	11.8 – 15.2 %	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต่อ)

ตารางที่ 4 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC) 24 กรกฎาคม 2565 เวลา 06:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	3,820 cell/uL	5,000 – 10,000 cell/mm <sup>2</sup>	ต่ำกว่าปกติ
RBC	2.24 cells/ul	4.03 – 5.55 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	6.4 g/dL	12.8 – 16.1 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	20 %	38.2 – 65 %	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	97,000 cells/ul	140,000 – 400,000 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ
Neutrophil	1 %	40 – 70 %	ต่ำกว่าปกติ
Lymphocyte	78 %	20 – 50 %	สูงกว่าปกติ
Monocyte	1 %	3 – 11 %	ต่ำกว่าปกติ
Eosinophil	0 %	0 – 9 %	ปกติ
MCV	89.7 fl	78.9 – 98.6 fl	ปกติ
MCH	28.7 pg	25.9 – 33.4 pg	ปกติ
MCHC	32.0 g/dL	32 – 34.9 g/dL	ปกติ
RDW	18.5 %	11.8 – 15.2 %	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 5 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC) 26 กรกฎาคม 2565 เวลา 06:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	2,760 cell/uL	5,000 – 10,000 cell/mm <sup>2</sup>	ต่ำกว่าปกติ
RBC	2.20 cells/ul	4.03 – 5.55 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	6.3 g/dL	12.8 – 16.1 g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	20 %	38.2 – 65 %	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	55,000 cells/ul	140,000 – 400,000 cells/ul	ต่ำกว่าปกติ
Band form	0 %	0 %	ปกติ
Neutrophil	6 %	40 – 70 %	ต่ำกว่าปกติ
Lymphocyte	77 %	20 – 50 %	สูงกว่าปกติ
Monocyte	5 %	3 – 11 %	ปกติ
Eosinophil	0 %	0 – 9 %	ปกติ
MCV	88.9 fl	78.9 – 98.6 fl	ปกติ
MCH	28.6 pg	25.9 – 33.4 pg	ปกติ
MCHC	32.2 g/dL	32 – 34.9 g/dL	ปกติ
RDW	18.8 %	11.8 – 15.2 %	สูงกว่าปกติ

ตารางที่ 6 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ good gas

ABG: arterial blood gas 23 กรกฎาคม 2565 11:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
PH	7.202	7.35-7.45 L	ต่ำกว่าปกติ
PCO2	23.6	35-45 mmHg	ต่ำกว่าปกติ
pO2	337.6	83-108 mmHg	สูงกว่าปกติ
HCO3	9.3	21-28 mmol /L	ต่ำกว่าปกติ
BE-B	-16.4	-2.0 -3.0 mmol /L	ต่ำกว่าปกติ
O2 SAT	97	95-98%	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 7 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ good gas

ABG: arterial blood gas 23 กรกฎาคม 2565 18:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
PH	7.26	7.35-7.45 L	ต่ำกว่าปกติ
PCO2	22.3	35-45 mmHg	ต่ำกว่าปกติ
pO2	233	83-108 mmHg	สูงกว่าปกติ
HCO3	10.1	21-28 mmol /L	ต่ำกว่าปกติ
BE-B	-5.5	-2.0 -3.0 mmol /L	สูงกว่าปกติ
O2 SAT	97.6	95-98%	ปกติ

ตารางที่ 8 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ good gas

VBG: venous blood gas 24 กรกฎาคม 2565 6:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
PH	7.47	7.35-7.45 L	สูงกว่าปกติ
PCO2	23	35-45 mmHg	ต่ำกว่าปกติ
pO2	86	83-108 mmHg	ปกติ
HCO3	17.0	21-28 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
BE-B	-5.5	-2.0 -3.0 mmol /L	สูงกว่าปกติ
O2 SAT	92	95-98%	ต่ำกว่าปกติ

ตารางที่ 9 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) 23 กรกฎาคม 2565 เวลา 12:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	141	137-145 mmol/L	ปกติ
K	2.67	3.50-5.1 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Cl	113.1	98-107 mmol/L	สูงกว่าปกติ
CO2	7.9	22.0-30.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
BUN	33.4	7-17 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Cr	2.13	0.52-1.04 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Ca	9.04	8.4-10.2 mg/dL	ปกติ
Po4	5.48	2.5-4.5 mg/dL	สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 10 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์(Electrolyte)23 กรกฎาคม 2565 เวลา 18:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	145	137-145 mmol/L	ปกติ
K	2.92	3.50-5.1 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Cl	114.0	98-107 mmol/L	สูงกว่าปกติ
CO2	5.4	22.0-30.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Lactate	109.1	6.3-18.9 mg/dL	สูงกว่าปกติ

ตารางที่ 11 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์(Electrolyte)24 กรกฎาคม 2565 เวลา 06:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	154	137-145 mmol/L	สูงกว่าปกติ
K	3.36	3.50-5.1 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Cl	122.9	98-107 mmol/L	สูงกว่าปกติ
CO2	7.8	22.0-30.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
BUN	26.8	7-17 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Cr	2.01	0.52-1.04 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Ca	8.42	8.4-10.2 mg/dL	ปกติ
Po4	4.12	2.5-4.5 mg/dL	ปกติ

ตารางที่ 12 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์(Electrolyte)24 กรกฎาคม 2565 เวลา 13:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	147	137-145 mmol/L	สูงกว่าปกติ
K	3.39	3.50-5.1 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Cl	118.8	98-107 mmol/L	สูงกว่าปกติ
CO2	10.2	22.0-30.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 13 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์(Electrolyte)25 กรกฎาคม 2565 เวลา 06:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	148	137-145 mmol/L	สูงกว่าปกติ
K	3.87	3.50-5.1 mmol/L	ปกติ
Cl	121.3	98-107 mmol/L	สูงกว่าปกติ
CO2	7.4	22.0-30.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ

ตารางที่ 14 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์(Electrolyte)26 กรกฎาคม 2565 เวลา 06:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	145	137-145 mmol/L	ปกติ
K	2.94	3.50-5.1 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Cl	116.8	98-107 mmol/L	สูงกว่าปกติ
CO2	8.9	22.0-30.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ

ตารางที่ 15 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์(Electrolyte)27 กรกฎาคม 2565 เวลา 02:00 น.

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	144	137-145 mmol/L	ปกติ
K	3.83	3.50-5.1 mmol/L	ปกติ
Cl	120.0	98-107 mmol/L	สูงกว่าปกติ
CO2	8.1	22.0-30.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
BUN	19.3	7-17 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Cr	1.46	0.52-1.04 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Lactate	10.3	6.3-18.9 mg/dL	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 16 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจการทำงานของตับ(Liver Function Tests) 23 กรกฎาคม 2565

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Total protein	6.60	6.3-8.0 g/dL	ปกติ
Albumin	3.62	3.5-5.0 g/dL	ปกติ
Glob	3.0	1.3-4.7 g/dL	ปกติ
Total Bilirubin	0.47	0.2-1.3 mg/dL	ปกติ
Direct Bilirubin	0.419	0.0-0.4 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Indirect Bilirubin	0.051	0.0-1.1 mg/dL	ปกติ
SGOT	40	14-36 U/L	สูงกว่าปกติ
SGPT	15	9-52 U/L	ปกติ
ALK.phosphatase	102	20-140 IU/L	ปกติ

ตารางที่ 17 ผลการตรวจเพาะเชื้อในเสมหะ (Sputum culture) และในเลือด (Hemoculture)

สิ่งส่งตรวจ	วันที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Sputum culture	23 กรกฎาคม 2565	Numerous Pseudomonas aeruginosa	No growth	ผิดปกติ
Hemoculture	23 กรกฎาคม 2565 Left Arm	Staphylococcus hominis	No growth	ผิดปกติ
Hemoculture	23 กรกฎาคม 2565 Right Arm	5 day No growth	No growth	ปกติ

ผลการตรวจทางรังสี

23 กรกฎาคม 2565 เอ็กซเรย์ปอดพบ Left lower lobe infiltration

การวินิจฉัยของแพทย์

โรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Pneumonia with Acute Respiratory Failure)



## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### 4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล วันที่ 23 กรกฎาคม 2565 เวลา 12:15 น.

แรกรับที่งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 แรกรับระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องไม่สับสน ภาวะติดเชื้อที่ปอดร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน การหายใจ On setting Mode Continuous mandatory ventilation RR16 ครั้งต่อนาที PC16 เซนติเมตรน้ำ TI1.0 second PEEP5 เซนติเมตรน้ำ FIO2 60 เปอร์เซ็นต์ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ชีพจร 106 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/60 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้การรักษายาฆ่าเชื้อ Tazocin 4.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ไม่มีไข้, มีภาวะ Metabolic Acidosis ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ 7.5% NaHCO<sub>3</sub> 150 มิลลิตร ผสมกับ 5% DW 850 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิตรต่อชั่วโมง, ภาวะhypokalemia ค่าโพแทสเซียมในร่างกาย(Potassium) 2.67 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้ 10 เปอร์เซ็นต์ KCl elixir 30 มิลลิตร รับประทานทางสายยางให้อาหาร ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง ติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (Normal sinus rhythm), มีภาวะซิด ค่าความเข้มข้นของเลือด 18 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้เลือด 1 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 3 ชั่วโมง เยื่อบุตาขาวซีด capillary refill 2 วินาที ไม่มีจุดเลือดออก หรือจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย การทำงานของไตผิดปกติ(BUN) เวลา 18.45 น. ติดตามผลเลือดระดับโพแทสเซียมในร่างกาย(Potassium) ที่ผิดปกติ ยังมีภาวะHypokalemia โพแทสเซียมในร่างกาย (Potassium) 2.92 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้การรักษารักษา 10 เปอร์เซ็นต์ KCl elixir 30 มิลลิตร รับประทานทางสายยางอาหาร ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย(Creatinine) 2.13 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ปัสสาวะออกดี แพทย์คุยกับผู้ป่วยด้วยโรคประจำตัวเดิม และแนวโน้มอาการของโรครมมีโอกาสเสียชีวิต ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจอาการเป็นอย่างดี

### วันที่ 24 กรกฎาคม 2565

แรกรับระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่องไม่สับสน E4VtM6 รูม่านตา(pupil) 2 min มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง หายใจดีไม่มีอาการหอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ลดเครื่องช่วยหายใจ Mode Continuous mandatory ventilation Setting RR16 ครั้งต่อนาทีPC16 เซนติเมตรน้ำ TI 1.0 second PEEP5 เซนติเมตรน้ำ Fio2 60 เปอร์เซ็นต์ หายใจดีไม่หอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 101/59 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติ โซเดียม(Na: sodium)154 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้หยุดสารน้ำทางหลอดเลือดดำเดิม ให้เป็น 5%DW 1000 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ 200 มิลลิตรต่อชั่วโมง เวลา 13.30 น. โซเดียม(Na: sodium) 147 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้ลด 5%DW 1000 มิลลิตรทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิตรต่อชั่วโมง 21.30 น. โซเดียม(Na: sodium) 149 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้ลด 5%DW 1000

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### 4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

วันที่ 24 กรกฎาคม 2565(ต่อ)

มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, ภาวะ Hypokalemia โพแทสเซียม 3.36 มิลลิโมลต่อลิตร ให้ 10 เปอร์เซ็นต์ elixir KCL 30 มิลลิลิตร ทุก 2 ชั่วโมง 2 ครั้ง ทางสายยางให้อาหาร ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ 13.30 น. โพแทสเซียม 3.39 มิลลิโมลต่อลิตร ให้ 10 เปอร์เซ็นต์ elixir KCL 30 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง 2 ครั้ง ทางสายยางให้อาหาร ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ 21.30 น. โพแทสเซียม 4.73 มิลลิโมลต่อลิตร, ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย การทำงานของไต(BUN: blood urea nitrogen) 26 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าของเสียในเลือด(Cr: Creatinine) 2.01 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวนสารน้ำที่เข้าร่างกาย 1,484 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 1,300 มิลลิลิตร สมดุลสารน้ำเข้าออกของร่างกาย ไม่มีบวม ไม่มีกดปุ่ม, ภาวะชืด ความเข้มข้นของเลือด 20 เปอร์เซ็นต์ เยื่อปอดขาวชืดเล็กน้อย, ภาวะโภชนาการ แพทย์ให้รับประทานอาหารทางสายยาง Blendera ความเข้มข้น 1 มิลลิลิตรต่อ 1 กิโลแคลอรี ทานอาหารทางสายยางให้อาหาร 200 มิลลิลิตร 4 ครั้งต่อวัน รับประทานอาหารทางสายยางได้ดี

วันที่ 25 กรกฎาคม 2565

ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่องไม่สับสน E4VtM6 รูม่านตา(pupil) 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง หายใจดีไม่หอบเหนื่อย แพทย์ลดเครื่องช่วยหายใจ Setting SPONT PEEP5 Fio2 30 เปอร์เซ็นต์ PS14 เซนติเมตรน้ำ 12 เซนติเมตรน้ำ 10 เซนติเมตรน้ำ ตามลำดับ หลังลดเครื่องช่วยหายใจดีไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติ โซเดียม(Na: sodium)148 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม(K: Potassium) 3.87 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์(Cl: chloride)121 มิลลิโมลต่อลิตร ไบคาร์บอเนต(Bicarbonate) 7.4 มิลลิโมลต่อลิตร สมดุลสารน้ำเข้าออกของร่างกาย ไม่มีบวม ไม่มีกดปุ่ม, ภาวะโภชนาการ แพทย์ให้ทานอาหารทางสายยาง Blendera ความเข้มข้น 1 มิลลิลิตรต่อ 1 กิโลแคลอรี ทานอาหารทางสายยาง 200 มิลลิลิตร 4 ครั้งต่อวัน รับประทานอาหารทางสายยางได้ดี ปริมาณสารน้ำที่เข้าร่างกาย 1,800 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 1,600 มิลลิลิตร สมดุลสารน้ำเข้าออกของร่างกาย ไม่มีบวมกดปุ่ม

26 กรกฎาคม 2565

ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่องไม่สับสน E4VtM6 รูม่านตา(pupil) 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง หายใจดีไม่หอบเหนื่อย แพทย์ลดเครื่องช่วยหายใจ Setting SPONT PEEP5 เซนติเมตรน้ำ Fio2 30 เปอร์เซ็นต์ PS8 เซนติเมตรน้ำ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ แพทย์ให้ฝึกหายใจโดยใช้ T-piece 10 ลิตรต่อนาที 10.30-12.30 น. ทดลองอย่าเครื่องช่วยหายใจ มีหายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ชีพจร 105 ครั้งต่อนาที ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติโซเดียม(Na: sodium) 145 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม(K:Potassium) 2.94 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์(Cl: chloride) 116 มิลลิโมลต่อลิตร ไบคาร์บอเนต(HCO3: Bicarbonate) 8.9 มิลลิโมลต่อลิตร, มีภาวะmetabolic Acidosis และภาวะHypokalemia แพทย์ให้ 10 เปอร์เซ็นต์ elixir

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

26 กรกฎาคม 2565 (ต่อ)

KCL 30 มิลลิลิตร 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง ทางสายยางให้อาหาร และให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ 5%DW1000 มิลลิลิตร ผสมกับ KCL 40 มิลลิอิกวาเลนต์ ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

27 กรกฎาคม 2565

ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีตามตอบรู้งเรื่องไม่สับสน E4VtM6 รูม่านตา(pupil) 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงดี ทั้ง 2 ข้าง หายใจดีไม่หอบเหนื่อย หายใจ spontaneous mode PS 12 เซนติเมตรน้ำ หายใจดีไม่หอบเหนื่อย แพทย์ตรวจเย็บมอการให้ทดลองฝึกหายใจโดยใช้ T-piece 10 LPM แพทย์ พิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจ เวลา 11.00 นาฬิกา On High-Flow Nasal Cannula 60 ลิตรต่อนาที Fio2 50 เปอร์เซ็นต์ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์, ภาวะติดเชื้อที่ ปอด แนนวโน้มไข้ลดลง Lactate 49.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลเพาะเชื้อเสมหะ Pseudomonas aeruginosa แพทย์เปลี่ยนยาฆ่าเชื้อจาก Tazocin เปลี่ยนเป็น Fortum 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง หลังให้ Fortum ไม่มีอาการแพ้ยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติโซเดียม(Na: sodium) 144 มิลลิโมลต่อ ลิตร โพแทสเซียม(K: Potassium) 3.83 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ (Cl: chloride) 120 มิลลิโมลต่อลิตร ไบ คาร์บอเนต(HCO<sub>3</sub>: Bicarbonate) 8.1 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%DW1000 มิลลิลิตร ผสมกับ KCL 40 มิลลิอิกวาเลนต์ ทางหลอดเลือดดำ 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีอาการ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ถึง 30 ครั้งต่อนาที มีแนวนโน้มใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง แพทย์คุยอาการกับผู้ป่วยและบุตรชาย เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบปัจจุบัน มีโอกาสใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจอีก ครั้ง และโรคประจำตัวมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ป่วยและญาติขอรักษาแบบประคับประคองไม่ขอใส่เครื่องช่วย หายใจใหม่ แพทย์จึงพิจารณาย้ายอายุรกรรมหญิง 17.00 นาฬิกา สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อ นาที ชีพจร 103 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/60 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย100%

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### 4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

#### สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

##### การพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดติดเชื้อ

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 2 มีภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากพยาธิสภาพเบาหวาน

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 3 มีภาวะ Hypokalemia

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 4 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และ Electrolyte จากภาวะของเสียคั่งใน

ร่างกาย

##### การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 5 มีภาวะช็อคเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 6 มีภาวะบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากหายใจเหนื่อยหอบและ

การเคลื่อนไหวร่างกายถูกจำกัด

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดไม่คงที่

##### การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายจากห้องผู้ป่วยหนัก

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

การดำเนินโรค และต้องการดูแลแบบประคับประคอง

#### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 51 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน และมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ดูแลแบบประคับประคอง) รับประทานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่วันที่ 23 กรกฎาคม 2565 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไอแห้งๆ หลังจากนั้น 1 วันต่อมามีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลวัฒนานคร แรกรับที่โรงพยาบาลวัฒนานคร ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 30-40 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 88 เปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร และเอ็กซเรย์ปอดวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีภาวะปอดอักเสบและการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จากนั้นส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผลเอ็กซเรย์ปอดพบ Left lower Infiltration รับประทานหอผู้ป่วยหนักแรกรับระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่องไม่สับสน มีภาวะติดเชื้อที่ปอดร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ใช้เครื่องช่วยหายใจ การหายใจ On setting Mode Continuous mandatory ventilation RR16 ครั้งต่อนาที PC16 เซนติเมตรน้ำ TI1.0 second PEEP5 เซนติเมตรน้ำ FIO2 60 เปอร์เซ็นต์ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ชีพจร 106 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/60 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้การรักษายาฆ่าเชื้อ Tazocin 4.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง มีภาวะ Metabolic Acidosis, ภาวะhypokalemia, มีภาวะช็อค, ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย, ภาวะHypokalemia แพทย์ให้การรักษาและบรรเทาอาการ ผลเพาะเชื้อเสมหะขึ้นเชื้อ

**ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)****4.1 สรุปสาระ (ต่อ)****สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)**

Numerous Pseudomonas aeruginosa ผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้นเชื้อ Staphylococcus hominis แพทย์ให้การรักษา fortum 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง แนวนอนไม้ไขดลง เรื่องการหายใจ ทดลองฝึกหายใจ สามารถถอดท่อเครื่องช่วยหายใจได้ ช่วงแรก High-Flow Nasal Cannula 60 LPM Fio2 0.5 มีหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด 5 วัน

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่น่าสนใจ High Risk, High Volume และเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน
2. รวบรวมข้อมูลอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติส่วนตัว ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
6. เรียบเรียงผลงาน จัดทำเอกสารวิชาการ
7. จัดพิมพ์ผลงานทางวิชาการ
8. ตรวจสอบและแก้ไขผลงาน
9. รวบรวมจัดเป็นรูปเล่ม

### 4.3 เป้าหมายของผลงาน

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน และได้รับการดูแลแบบองค์รวม

### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (pneumonia) จำนวน 1 ราย รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 23/07/65 ถึงวันที่ 27/07/65 รวมระยะเวลาในการดูแล 5 วัน

#### 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ถูกต้องและแม่นยำ และได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการของพยาบาล

### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ทราบถึงปัญหาและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ และเพิ่มคุณภาพการให้บริการบริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มาใช้บริการที่ห้องผู้ป่วยหนัก 1
2. ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยเนื่องจากสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยทางด้านอายุรกรรม และเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

### 7. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษายาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ต้องรับประทานยาโรคประจำตัว ตลอดจนงานจิตใจที่ผู้ป่วยเตรียมตัวดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษาและดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาจะมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้ผู้ป่วย/ญาติ เกิดความกังวล พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมถึงการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย/ญาติ ในการดูแลตนเองและให้ความสำคัญในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค

### 8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. การดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียด และภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา ซึ่งอาจนำไปสู่ความอันตรายขั้นเสียชีวิตได้

2. พยาบาลต้องนำกระบวนการทางการแพทย์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เริ่มด้วยการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการแพทย์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

### 9. ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลงานห้องผู้ป่วยหนัก จำเป็นต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะ รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีม ที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลให้การพยาบาลใกล้ชิด ผู้ป่วย พยาบาลต้องใช้ความรู้และทักษะ ในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนการให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วย ในเรื่องการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของโรค เพื่อความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย และควรมีการแนะนำญาติผู้ดูแลพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลตนเอง และการตอบสนองต่อความต้องการผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

### 10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการในหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวสุชาดา บุญเขต ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... สุชาดา บุญเขต .....

(นางสาวสุชาดา บุญเขต)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 18 / ตุลาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวสุชาดา บุญเขต	<u>สุชาดา บุญเขต</u>



ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  .....

(นางสาวสุนงกช ชื่นชม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนัก 1

(วันที่)..... 18 / ๙.๓. / ๖๖ .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....  .....

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่)..... 18 / ๙.๓. / ๖๖ .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....  .....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่)..... 2.8 / พ.ย. 2566 / .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....  .....

(นายธราพงษ์ กีบโก)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่)..... 3,0 พ.ย. 2566 .....

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ)**

**1. เรื่อง แนวทางป้องกันแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1**

**2. หลักการและเหตุผล**

Pressure injury เป็นชื่อเรียกของ แผลกดทับ ซึ่งถูกเปลี่ยนชื่อใหม่โดยสถาบัน National Pressure Ulcer Advisory Panel ในปี ค.ศ.2016 หลังจากการประชุมร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญเรื่องแผล ในเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ข้อสรุปเปลี่ยนคำนิยามแผลกดทับเพื่อให้ตรงกับลักษณะของผิวหนัง ที่ถูกทำลาย แผลกดทับจึง หมายถึง การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผิวหนังเฉพาะที่ และ/หรือ เนื้อเยื่อใต้ชั้น ผิวหนัง มักจะพบ บริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีเครื่องมือแพทย์กดทับ ลักษณะผิวหนังอาจมีหรือไม่มีรอยฉีกขาด ในบางครั้ง ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บปวดซึ่งเป็นผลมาจากแรงกดที่รุนแรงและ หรือระยะเวลาที่ถูกกดทับเป็นเวลานาน ร่วมกับ แรงเสียดสี ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกด และแรงเสียดสีขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนเลือด โรคร่วมและสภาวะของผิวหนัง นอกจากนี้ยังมีแผลกดทับที่เกิดจากการเสียดสี กับอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจ หน้ากากออกซิเจน สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ (ผกามาต พิธรากร, 2564) แผลกดทับ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลทั่วโลก ในส่วนของประเทศไทย มีการศึกษา การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 1.7-41.6 และจากการสำรวจความชุก ของสมาคมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาลแห่งประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2559 พบความชุกร้อยละ 4.69 และโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น หอผู้ป่วยทั่วไป พบมีความชุก ร้อยละ 0-20 (สุชาติ นิลบรรพต และคณะ, 2562)

งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้ป่วย ที่เข้ารับ การรักษา จำนวน 532 ราย, 516 ราย และ 523 ราย ตามลำดับ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 2,907 วัน 2,799 วัน และ 3,040 วัน(ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) อุตบัติการณ์การเกิดแผลกดทับตั้งแต่ปี 2563-2565 พบว่าเป็น 8, 6, 7 ราย หรือคิดเป็น 3.44, 2.50, 2.30 ต่อ 1,000 วันนอนนั้น เมื่อทำการศึกษาข้อมูลลึกลงไป พบว่าบริเวณที่เกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยทั้งหมดดังกล่าว เกิด ที่บริเวณตำแหน่งสะโพกและก้นกบ 15 ราย, ไบหู 6 ราย, ศีรษะ 4 ราย, หลัง 2 ราย และผู้ป่วยที่เป็นมากกว่า 2 ตำแหน่งขึ้นไป 3 ราย สิ่งที่น่าสนใจคือ พบว่าผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับบริเวณที่ใส่อุปกรณ์การแพทย์ คือ บริเวณที่ใส่สาย High-Flow Nasal Cannula ซึ่งปัจจุบันงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 ยังไม่มีแนวทางป้องกันการเกิด แผลกดทับที่เกิดบริเวณดังกล่าว

ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและจัดทำแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับ บริเวณที่ใส่สาย High-Flow Nasal Cannula เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอุบัติการณ์และความรุนแรง ของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตได้ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย วิกฤตให้มีมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1)กลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนของเนื้อเยื่อบกพร่อง ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การมีประวัติการสูบบุหรี่ ระดับไตรอะตินิน ระดับฮีโมโกลบิน และการมีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 2)กลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องกับความสมบูรณ์ของผิวหนัง ได้แก่ อายุ อุณหภูมิร่างกาย ระดับโปรตีนอัลบูมิน ภาวะบวม และความสามารถในการกลั่นปัสสาวะหรือกลั่นอุจจาระ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่ ระยะเวลาอนาesthesiaในหอผู้ป่วยวิกฤต การได้รับยานอนหลับ การผูกมัดผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของโรคที่เป็น 3)จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย ความประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินบราเดน และการปฏิบัติการพยาบาลตามคู่มือการเฝ้าระวังป้องกันและการดูแลแผลกดทับเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป

ชนิดของแผลกดทับ จำแนกตามสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ 1)แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์การแพทย์ที่มีจุดประสงค์เพื่อการรักษาหรือการวินิจฉัยโรค เช่น ท่อทางเดินหายใจ (Endotracheal tube[ET tube]) สายให้อาหารทางจมูกและสายให้ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ แผลกดทับ มักเกิดขึ้นใต้อุปกรณ์หรือผิวหนังบริเวณที่อุปกรณ์เหล่านี้ เสียดสี กดทับเป็นเวลานาน 2)แผลกดทับบริเวณเยื่อผิวหนังในช่องปาก มักมีประวัติการใช้อุปกรณ์การแพทย์ในตำแหน่งที่เกิดแผล ลักษณะแผลมีอาการบวม ผิวหนังแดง กดหรือสัมผัสรู้สึกเจ็บ มักไม่สามารถระบุระดับของแผลได้ เพราะเนื้อเยื่อผิวหนังปากกับชั้นผิวหนังมีความแตกต่างกัน 3)แผลกดทับที่เกิดจากผิวหนังสัมผัสกับปัสสาวะ และอุจจาระเป็นเวลานาน มีการอักเสบของผิวหนัง มีลักษณะของผิวหนังแดง อาจลอกหลุด เห็นเนื้อเยื่อแผลสีชมพูหรือ สีแดง(รุจาภา เจียมธนปัจจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์, 2561)

ภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ระหว่าง การใช้ HFNC มีดังนี้

1. บาดเจ็บบริเวณทางเดินจมูก (nasal trauma) เกิดจากการใส่ cannula ที่ขีดจมูกมากเกินไป ป้องกันโดยเลือกขนาดของ nasal cannula ที่เหมาะสมกับขนาดรูจมูกของผู้ป่วย ไม่ควรใหญ่กว่า 2/3 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของรูจมูกของผู้ป่วยซึ่งทำให้ผู้ป่วยแน่นจมูก อึดอัด หรือเล็กกว่า 1/3 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของรูจมูกของผู้ป่วยซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับ flow ออกซิเจนไม่เพียงพอได้ ดูแลความสะอาดบริเวณรูจมูก ด้วยสำลีชุบน้ำสะอาดหรือ NSS ทุก 8 ชั่วโมง เนื่องจากการใส่สาย nasal cannula อาจทำให้เกิดการระคายเคืองช่องจมูก มีสารคัดหลั่งออกมาจึงจำเป็นต้องเช็ดทำความสะอาดรูจมูกและบริเวณ nasal cannula ปรับระดับความชื้นที่เหมาะสมซึ่งสามารถทำความชื้น รวมถึงควบคุมอุณหภูมิของอากาศให้อยู่ระหว่าง 31 – 37 องศาเซลเซียส เพื่อลดการระคายเคืองต่อ เยื่อในโพรงจมูก

2. ท้องอืด (abdominal distention) เกิดจากออกซิเจนบางส่วนรั่วเข้าไปในทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องอืดป้องกันโดยแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจทางจมูก ไม่อ้าปากหายใจ เพื่อลดอาการท้องอืด และเครื่อง HFNC สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. แผลกดทับจากอุปกรณ์ (medical device pressure injury: MDRPI) เกิดจากขนาดของ nasal cannula ที่ใหญ่เกินไปขีดช่องจมูกมากเกินไปทำให้เกิดแผลกดทับบริเวณจมูก (อัมพากรณ์ เตชธนากร, 2563)

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ที่มีปัญหาภาวะไข้สูงและต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มักพบการเกิดแผลกดทับอยู่แผลกดทับที่บริเวณศีรษะ ก้นกบและใบหู แม้จะมีแนวทางการพลิกตะแคงตัวตามเวลาที่กำหนดไว้แล้วก็ตาม ปัจจุบันมีการใส่สาย High-Flow Nasal Cannula หลังถอดท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula ผู้เสนอผลงานจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาดูแลผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพและถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล

จากรายงานวิจัย ของพัชชา ชินธนาวงศ์ และคณะ ปี 2559 เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลัง การทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูกต่อ การบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูกในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง ทางจมูกกลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดอายุ 1-28 วันที่ได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกโดยใช้ อุปกรณ์นาซอลพรองส์ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโรงพยาบาลชลบุรีคัดเลือกตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดได้ กลุ่มควบคุม 29 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม ได้รับการ พยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของ ผิวหนังบริเวณจมูกประกอบด้วยแนวปฏิบัติรวม 7 ด้าน ได้แก่ 1)การเลือกขนาดนาซอลพรองส์ 2)การใส่และการ ยึดตรึง 3)การดูแลขณะทารกใส่นาซอลพรองส์ 4)การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 5)การดูดสารคัดหลั่งในรูจมูก 6) การปรับตั้งเครื่องให้ความชื้นและอุณหภูมิที่เหมาะสมและ 7)การดูแลเพื่อส่งเสริมความสบาย เครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนัง บริเวณจมูก แบบบันทึกการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูก และแบบประเมินการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูก ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อ ป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูก สามารถลดการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูกได้ ดังนั้นควรมีการ ส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อ พัฒนาคุณภาพการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทางจมูกให้ดี

จากบทความแนวปฏิบัติของศิริราชพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลศิริราช (Siriraj concurrent trigger tool : modify early warning sign pressure injury prevention, MEWS PriP) มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลศิริราช ในกลุ่มเสี่ยงประเมินเฝ้าระวัง และให้ การดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนเกิดแผลกดทับ โดยมีการประเมินดังนี้

3.1 ประเมินปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจหรือให้ออกซิเจน

3.2 ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่มีอุปกรณ์การแพทย์การประเมินแผลกดทับจากอุปกรณ์

ความรุนแรงระดับ 1 คือ ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป โดยประเมิน สภาพผิวหนังบริเวณสายรัด nasal cannula เหนือใบหูและผิวหนังบริเวณรูจมูกว่ามีรอยแดง มีแผล รอยถลอก หรือมีการลอกหลุดของผิวหนังหรือไม่ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่องกรณีพบผิวหนังแดง (reactive hyperemia) ให้เปลี่ยนตำแหน่งหรือขยับอุปกรณ์การแพทย์ที่สัมผัสบริเวณผิวหนังผู้ป่วย เพื่อลดแรง กดทับเป็นเวลา 30 นาที และประเมินซ้ำ ถ้ารอยแดงไม่จางหาย นับเป็นการเกิดแผลกดทับ

3.3 ประเมินอุปกรณ์รัดตึง (fixation device) และพิจารณาเปลี่ยน fixation device เมื่อเปียกชื้น ดูแลสายรัด nasal cannula ของ HFNC ไม่ให้รัดแน่นหรือหลวมเกินไป ทดสอบโดย สามารถสอดนิ้วชี้และนิ้วนางได้เมื่อรัดสายรัด nasal cannula ของ HFNC แล้วขยับสายรัดเป็นระยะ ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ไม่เกิดการกดทับตลอดเวลา

3.4 ป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้วัสดุทางการแพทย์ได้แก่ แผ่นโฟม (foam) แผ่นไฮโดรเซลลูลาร์ (hydro-cellular) แผ่นซิลิโคนเจล (silicone gel) ที่มีคุณสมบัติป้องกันการเกิด แผลกดทับปิดผิวหนังบริเวณที่สัมผัสอุปกรณ์การแพทย์โดยวางรองบริเวณสายรัด nasal cannula ที่เหนือใบหู ที่ใบหน้า เพื่อลดแรงกดทับ (อัมพาการณ์ เตชธนากร, 2563)

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำแนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula ช่วยลดการกดทับ โดยมุ่งหวังว่าจะช่วยให้สามารถดูแล และป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับหรือทำให้แผลกดทับที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ให้มีขนาดเล็กลงจากเดิมหรือหายได้ซึ่งจะช่วยลดความปวดและความทุกข์ทรมาน หากผู้ป่วยได้รับการดูแล และการให้คำแนะนำที่เหมาะสมนั้นจะไม่เกิดแผลกดทับหรือแผลมีขนาดเล็กลงและหายได้ นำไปสู่ความพึงพอใจต่อผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งยังเป็นความต้องการของหน่วยงาน ที่จะพัฒนาการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ผู้นำเสนอผลงานจึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula ในการดูแลป้องกันและการจัดการแผลกดทับที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยวิกฤต งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 นำแนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula ใช้กับผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้ High-Flow Nasal Cannula ทุกราย
3. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่บริเวณที่ใส่สาย High-Flow Nasal Cannula ของผู้ป่วยวิกฤตในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 ทุกราย

#### ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนมกราคม 2567 – เดือนมิถุนายน 2567

#### กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้ารับการรักษาดำรงงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 ทุกราย ที่ใส่สาย High-Flow Nasal Cannula
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. สำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูล สถิติ ปัญหา และความเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ บริเวณที่ใส่สาย High-Flow Nasal Cannula ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1
2. นำเสนอข้อปัญหาให้กับหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนัก 1 เพื่อร่วมปรึกษาและหาแนวทางร่วมกัน

3. เสนอแนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula เสนอกับหัวหน้าและทีมช่วยตัดสินใจ

4. นำไปใช้ในหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก 1

5. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula ให้ดีขึ้น

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 มีการใช้แนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula ทุกรายที่ใช้ High-Flow Nasal Cannula

2. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกคน ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 มีความพึงพอใจ ในการใช้แนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula กับผู้ป่วยวิกฤตในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1

3. ผู้ป่วยวิกฤตในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 ทุกรายที่ใช้ High-Flow Nasal Cannula ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณที่ใส่ High-Flow Nasal Cannula

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 มีแนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula

2. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกคน ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 ใช้แนวทางปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับจากสาย High-Flow Nasal Cannula มากกว่าร้อยละ 90

3. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่บริเวณสาย High-Flow Nasal Cannula ของผู้ป่วยวิกฤตในงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) ..... สุชาดา บุญเชิด .....

(นางสาวสุชาดา บุญเชิด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 19 / ตุลาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน