

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยแผลไฟไหม้ระดับสอง ร่วมกับภาวะช็อกจากการสูญเสียน้ำในร่างกาย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2565 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2565 รวมระยะการดูแล 5 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
บทนำ

การบาดเจ็บจากแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกพบได้ทุกเพศทุกวัย สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากถูกเปลวไฟลวก ถูกของเหลวร้อนลวก กระแสไฟฟ้าแรงสูง และสารเคมี การเกิดแผลไฟไหม้ในวัยเด็กและผู้สูงอายุมักเกิดจากอุบัติเหตุภายในบ้าน ส่วนในวัยทำงาน 21-40 ปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุในการทำงาน ความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ได้มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยเรื่องการลดอัตราการเสียชีวิตและลดอัตราการอยู่ในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีความรุนแรง อัตราการเสียชีวิตยังคงสูงอยู่ ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บจากความร้อน และเกิดปัญหาแผลไฟไหม้ระดับปานกลางถึงรุนแรง จะเกิดปัญหาที่คุกคามชีวิต (ฉลุย เหลือบรรจง และเนตรนภิศ จินดากร, 2560)

จากสถิติการบาดเจ็บจากแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 ปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 14, 9 และ 6 ราย ตามลำดับ (สถิติงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจากไฟไหม้ จะก่อให้เกิดความเสียหายของผิวหนัง ซึ่งทำหน้าที่สำคัญหลายประการ ซึ่งแผลไฟไหม้มีผลกระทบให้พยาธิสรีรภาพการทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เกิดอันตรายจนอาจเสียชีวิตในที่สุด ผู้ป่วยอาจมีโอกาเสียชีวิตจากการติดเชื้อที่บาดแผล เกิดภาวะช็อก (shock) จากการสูญเสีย น้ำ อิเล็กโทรไลต์ อย่างรุนแรง รวมทั้งมีผลกระทบต่อระบบหัวใจ ระบบการไหลเวียน จึงถือเป็นภาวะวิกฤต และฉุกเฉินที่เป็นปัญหามากนับเป็นช่วงระยะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วยอีกช่วงหนึ่ง เพราะต้องกลับเข้าสู่สังคมเดิมด้วยรูปแบบใหม่ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการปฐมพยาบาล และการดูแลรักษาด้วยวิธีที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น นับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยแผลไฟไหม้ (ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์, 2557) ดังนั้นการพยาบาลต้องมีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกเริ่ม และต่อเนื่องจนถึงเตรียมกลับบ้าน ทำให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการที่ป้องกันได้ สามารถกลับไปประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การบาดเจ็บจากแผลไฟไหม้ (Burn)

ความหมายของโรค

หมายถึง ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่เกิดจากสารเหลวที่ติดไฟ ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายตั้งแต่ชั้นหนังกำพร้า อาจลึกจนถึงกระดูก การทำลายของผิวหนังจะลึกเพียงใดขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและระยะเวลาที่สัมผัส (ฉลุย เหลือบรรจง และเนตรนภิศ จินดากร, 2560)

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพ มีดังนี้ (ฉลุย เหลือบรรจง และเนตรนภิศ จินดากร, 2560)

เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเฉพาะที่ เกิดขึ้นกับผิวหนังที่ได้รับบาดเจ็บโดยตรง ผิวหนังจะสูญเสียหน้าที่ในการควบคุมการระเหยของสารน้ำและเกลือแร่ สูญเสียหน้าที่ในการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย เนื่องจากต่อมเหงื่อถูกทำลาย ทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั่วร่างกาย ทั้งต่อระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ อาจทำให้เกิดทางเดินหายใจล้มเหลวจากการอุดตันหลอดลมหรือมีแผลไฟไหม้ที่ส่วนศีรษะและลำคอ ระบบไต ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพ (ต่อ)

ระบบกล้ามเนื้อ ระบบภูมิคุ้มกัน รวมถึงระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากการที่เลือดไปเลี้ยงลำไส้ลดลงทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวอาจทำให้เยื่อลำไส้ตาย เกิดการติดเชื้อได้ง่าย อาจเกิดแผลในทางเดินอาหาร และอาจมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารจากการหลังกรดมามากจากภาวะเครียด (ฉลุย เหลือบรรจง และเนตรนภิศ จินดากร, 2560)

การบาดเจ็บจากความร้อนโดยตรงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ของเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้มีการรั่วของน้ำและโปรตีนจากเส้นเลือดเข้าไปในบริเวณเนื้อเยื่อ การรั่วของสารน้ำนี้จะยังคงต่อเนื่องไปอย่างน้อย 24-36 ชั่วโมงหลังจากเกิดไฟไหม้น้ำร้อนลวก ภาวะบวมน้ำ (edema) ของเนื้อเยื่อ บริเวณที่ถูกไฟไหม้เกิดจากการมีการรั่วของสารน้ำจากเส้นเลือดออกมาอย่างรวดเร็วในช่วงชั่วโมงแรกของการถูกไฟไหม้และสามารถบวม ได้ถึง 2 เท่าใน 1 ชั่วโมง (ฉลุย เหลือบรรจง และเนตรนภิศ จินดากร, 2560)

ลักษณะการบวมของเนื้อเยื่อจะมีลักษณะเป็นแบบ biphasic pattern คือในช่วงแรกจะมีการบวมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและทันทีทันใดจากสารน้ำรั่วไปในบริเวณเนื้อเยื่อที่ถูกไฟไหม้ ระยะต่อมาจะมีการรั่วของสารน้ำไปในเนื้อเยื่อทั้งที่ถูกไฟไหม้และไม่ถูกไฟไหม้อย่างช้าๆเพิ่มขึ้น ในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังไฟไหม้ (ฉลุย เหลือบรรจง และเนตรนภิศ จินดากร, 2560)

สาเหตุ

ผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จำนวนร้อยละ 10 จะมีการบาดเจ็บจากการสูดดมควันไฟที่เป็นภาวะที่อันตรายถึงแก่ชีวิต สามารถ เกิดร่วมกับการมีบาดแผลไฟไหม้ตามร่างกายหรือเกิดเดี่ยว ๆ ก็ได้ ในผู้ป่วยไฟไหม้ที่มีการสูดดม ควันไฟด้วยจะพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และมีอัตราการเกิดปอดอักเสบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 ความรุนแรงของการบาดเจ็บจะขึ้นกับส่วนประกอบที่อยู่ในควันไฟ, ความรุนแรงในการสูดดม, อุณหภูมิของควันไฟ ขณะสูดดม และ โรคประจำตัวของผู้ป่วย (ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์, 2562)

ควันไฟที่มองเห็นกลุ่มก๊าซต่างๆ ความร้อน และเขม่าควัน องค์ประกอบทั้ง 4 นี้ ทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและร่างกาย โดยความร้อนและเปลวไฟจะเผาไหม้เนื้อเยื่อของร่างกาย ในขณะเดียวกันสิ่งที่มีอันตรายมากกว่า และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ประสบภัยเสียชีวิตทันทีในกองเพลิงคือ กลุ่มก๊าซพิษต่างๆ ในขณะที่เกิดการเผาไหม้ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่สัดส่วนของออกซิเจน กลับลดลงเหลือเพียง 15% หรือน้อยกว่านั้น ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และคาร์บอนมอนอกไซด์ จะไปแย่งที่กับออกซิเจน ร่างกายจึงขาดออกซิเจน (hypoxia) และทำให้เสียชีวิต อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา ผู้ประสบภัยเหล่านี้มากกว่าครึ่ง เสียชีวิตจากการสูดดม และเป็นพิษจากก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ และ หรือ HCN ปัจจุบันมีการใช้สารสังเคราะห์มากขึ้นเช่น plastic และสารสังเคราะห์อื่นๆ ในการทำเฟอร์นิเจอร์ และเครื่องไฟฟ้า ซึ่งเมื่อเวลาถูกไหม้ไฟนอกจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และคาร์บอนมอนอกไซด์ แล้วการสังเคราะห์เหล่านี้จะปล่อยก๊าซชนิดอื่นๆ อันทำให้เกิดพิษได้ เช่น ก๊าซ SO_2 , NH_3 , Cl_2 และ HCl จะมีฤทธิ์ระคายเคืองทั้งที่เป็นกรดและด่าง ซึ่งในร่างกายอวัยวะที่จะเกิดอันตรายเมื่อได้รับทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาวคือ ระบบทางเดินหายใจ เมื่อละลายกับละอองน้ำจะเปลี่ยนเป็น H_2SO_4 , NH_4OH และ HCl ตามลำดับ ซึ่งระคายเคืองต่อเยื่อปอดทางเดินหายใจส่วนต้น เกิดการบวมของเยื่อเหล่านี้ทำให้มีอาการแสบคอ แสบจมูก ไอ ในรายที่รุนแรง ทำให้มีเสียงแหบ หายใจลำบาก มีการอุดตันของระบบทางเดินหายใจส่วนต้น (stridor and upper air way obstruction) กรด HCl สามารถละลายได้ใน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สาเหตุ (ต่อ)

ละอองน้ำขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน จึงเข้าไปได้ถึงทางเดินหายใจส่วนล่างทำให้มีอาการบวม ทำลายเยื่อปอด (alveoli) ทำให้เกิดภาวะปอดบวม (interstitial และ alveolar pulmonary edema) การแลกเปลี่ยนออกซิเจนเสียไป มีภาวะออกซิเจนต่ำ (hypoxia) นำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และ เสียชีวิตได้ในที่สุด (รุตติพล เยาวลักษณ์ และวุฒิเชษฐ รุ่งเรือง, 2564)

อาการและการแสดง

อาการและการแสดง มีดังนี้ (ฉลวย เหลือบรรจง และเนตรนภิศ จินดากร, 2560)

1. ภาวะ hypovolemic shock จากการสูญเสีย น้ำ พบในผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีความรุนแรง ระดับ Moderate burn หรือ ระดับ Major burn
2. ภาวะ respiratory distress การที่ผู้ป่วยหายใจลำบาก ลักษณะหายใจผิดปกติ เช่น เร็ว ตื้น การขยายตัวของทรวงอกลดลง มีเสมหะมาก เสมหะมีเขม่าดำปน พบในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณหน้า ลำคอ ลำตัว หรือ การสูด สำลักควัน
3. การติดเชื้อที่แผลไฟไหม้ มีอาการปวดบวม แดง ร้อน เฉพาะที่ในบริเวณผิวหนังขอบของบาดแผลที่ไม่ได้ถูกไฟไหม้ เกิดการติดเชื้อรุนแรงในผิวหนังตายที่ไม่ได้ถูกตัดออก ลักษณะของแผลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เกิดผิวหนังตายแห้งใหม่หรือเนื้อตายเป็นหย่อม ๆ ที่ผิวของบาดแผล
4. การเกิดความพิการหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะบกพร่อง หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดจากแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ครอบคลุมตั้งแต่แผลเป็นไม่สวยงาม แผลเป็นนูนแดง การบิดเบี้ยว หรือเสียรูปที่เห็นได้ชัดเจนของใบหน้า มือ หรืออวัยวะอื่นๆ

การรักษา

การรักษา มีดังนี้ (ฉลวย เหลือบรรจง และเนตรนภิศ จินดากร, 2560)

1. การประเมินสภาพทั่วไปในระยะแรก หลังจากดับไฟที่ลุกลามติดเสื้อผ้าคนไข้ และถอดเสื้อผ้าที่ไหม้ไฟ หรือเปื้อนของร้อนออก
 - 1.1 รักษาให้มีทางเดินหายใจเปิดโล่ง มีการหายใจได้ปกติ และประคับประคองระบบหมุนเวียนโลหิต คนไข้ที่มีบาดแผลไฟไหม้ลึกบริเวณศีรษะ และคอ อาจเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบนได้ในเวลาต่อมา เนื่องจากมีการบวมของเยื่อของทางเดินหายใจจึงควรพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube)
 - 1.2 ตรวจร่างกายเพื่อหาการบาดเจ็บของอวัยวะส่วนอื่นๆ และให้การรักษาตามลำดับความรุนแรง
 - 1.3 สอบถามและบันทึกประวัติ วิธีการเกิดบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และสถานที่ซึ่งเกิดอุบัติเหตุ ถ้าเกิดไฟไหม้ภายในห้องที่มีการระบายอากาศไม่ดีต้องคำนึงว่าอาจเกิด inhalation injury ร่วมด้วย
 - 1.4 ตรวจดูบาดแผลไฟไหม้ในคนไข้ หลังจากถอดเสื้อผ้าออกหมด ประเมินดูความลึกและขนาดของบาดแผลที่คนไข้ได้รับ
2. การประเมินบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก การประเมินบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ให้ประเมินจาก ความลึกของบาดแผล และขนาดของบาดแผล
3. แนวทางการรักษา วิธีการรักษาแตกต่างกันตามความรุนแรงของบาดแผลไฟไหม้ โดยอาศัยจากความลึก และขนาดของบาดแผลไฟไหม้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาล

การให้การพยาบาลผู้ป่วยแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แบ่งเป็น 3 ระยะคือ (ฐิติพล เยาวลักษณ์ และวุฒิชัย รุ่งเรือง, 2564)

1. ระยะฉุกเฉิน (Resuscitative phase or Emergent phase)
2. ระยะวิกฤต (Acute phase)
3. ระยะฟื้นฟู (Rehabilitative phase)

1. ระยะฉุกเฉิน (Resuscitative phase)

ปัญหาที่พบในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก โดยเฉพาะใน 48 ชั่วโมงแรก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิต มีดังนี้

1. มีการสูญเสียสารน้ำจำนวนมากจนอาจเกิดภาวะ hypovolemic shock ได้
2. การหายใจบกพร่อง
3. ความเจ็บปวดทั้งจากร่างกายและจิตใจ

2. ระยะวิกฤต (Acute phase)

แผลหายพร้อมที่จะทำ skin graft ปัญหาที่พบได้ในระยะนี้เป็นผลต่อเนื่องมาจากระยะแรก ได้แก่ การติดเชื้อของแผล ภาวะทุพโภชนาการ ความเจ็บปวด ปัญหาทางด้านจิตใจ รวมไปถึงจนถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินเป็นระยะๆ

3. ระยะฟื้นฟู (Rehabilitative phase)

อวัยวะจากการบาดเจ็บ และก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปต้องฟื้นฟูสภาพ และอาจต้องทำศัลยกรรมตกแต่งเพื่อแก้ไขความพิการ

ภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ (Hypovolemic shock)

ความหมายของโรค

Hypovolemic Shock (ภาวะช็อกจากการขาดน้ำหรือเสียเลือด) เป็นภาวะช็อกรูปแบบหนึ่งที่เกิดจากการที่ร่างกายสูญเสียเลือดหรือของเหลวในปริมาณมากอย่างฉับพลัน เช่น ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มีเลือดออกภายในร่างกาย มีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง หรือมีปัญหาสุขภาพบางอย่างจนส่งผลให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้ไม่เพียงพอ Hypovolemic Shock เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ควรได้รับการรักษาทันที เนื่องจากการที่อวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีปริมาณเลือดไหลเวียนไปหล่อเลี้ยงไม่เพียงพออาจส่งผลให้อวัยวะของผู้ป่วยหยุดทำงาน จนอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (รัชนิ ผิวผ่อง, 2564)

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพ มีดังนี้ (รัชนิ ผิวผ่อง, 2564)

เมื่อปริมาณในระบบไหลเวียนลดลง จะทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจ (venous return) ลดลง ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้ง (stroke volume) ลดลง มีผลให้ cardiac output ลดลงทำให้การไหลเวียนของเลือด และการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ความรุนแรงของช็อกจากการเสียเลือด (hemorrhagic shock) ขึ้นกับปริมาณเลือดที่เสียไป วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกา แบ่งความรุนแรงของช็อกจากการเสียเลือด ดังนี้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพ (ต่อ)

ระดับที่ 1 มีการสูญเสียเลือดร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดไหลเวียนทั้งหมด หรือ 750 มิลลิลิตร การสูญเสียเลือดในระดับนี้ร่างกายสามารถปรับชดเชยรักษาปริมาณ cardiac output ไว้ได้ ผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติ ถ้าการชดเชยปริมาณเลือดที่สูญเสียไปได้ทัน

ระดับที่ 2 มีการสูญเสียเลือดร้อยละ 15-30 ของปริมาณเลือดไหลเวียนทั้งหมดหรือ 750 - 1,500 มิลลิลิตร กระสับกระส่าย ความดันโลหิตยังคงปกติ แต่ pulse pressure แคบ หัวใจเต้นเร็ว 100 - 120 ครั้ง/นาที การหายใจยังคงปกติ capillary refill นานเกิน 3 วินาที

ระดับที่ 3 มีการสูญเสียเลือดร้อยละ 30 -40 ของปริมาณเลือดที่ไหลเวียนทั้งหมด หรือ 1,500-2,000 มล. ผู้ป่วยจะกระสับกระส่าย สับสน ความดันโลหิตต่ำ pulse pressure แคบ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 120 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว 30-40 ครั้ง/นาที ปัสสาวะ 5-15 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เมื่อเกิดภาวะช็อกจะทำให้มีผลกระทบต่อวัยวะต่างๆ เช่น

1. ต่อมหมวกไต มีการกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนเมดัลลา (medulla) ทำให้หลั่งสารแคทีโคลามีนส์ (catecholamines) และส่งสัญญาณไปที่ประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ไปกระตุ้นการทำงานของหัวใจโดยตรง

2. หัวใจบีบตัวแรงและถี่ แต่ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลง ชีพจรจึงเต้นเร็วและเบา

3. ปอดหายใจเร็วขึ้น (tachypnea) เพื่อเพิ่มออกซิเจนมากขึ้น แต่จะไม่สามารถชดเชยได้

4. เลือดการไหลเวียนของเลือดลดลง จึงไหลผ่านไตน้อย และเกิดการหดตัวของหลอดเลือดจากการกระตุ้นของซิมพาเทติก มีการหลั่งเรนิน (renin) ออกมาสร้างสารแองจิโอเทนซิน1 (angiotensin 1) และแองจิโอเทนซิน2 (angiotensin II) ไปกระตุ้นเอนโดสเตอรอน (endosterone) และต่อมใต้สมอง จึงหลั่งฮอร์โมน ADH เพื่อเพิ่มการดูดกลับของโซเดียมและน้ำเพื่อเพิ่มปริมาตรเลือด นอกจากนี้แองจิโอเทนซินยังทำให้หลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดแดงเล็กในสมองหดตัว จึงทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจและสมองลดลง

สาเหตุ

สาเหตุ มีดังนี้ (รัชนิ ผิวผ่อง, 2564)

Hypovolemic Shock จะเกิดขึ้นเมื่อปริมาณเลือดในร่างกายลดลงอย่างมาก หรือมากกว่าประมาณ 15% โดยมีสาเหตุมาจากการสูญเสียเลือดหรือของเหลวอย่างรุนแรงและฉับพลัน โดยสาเหตุที่พบได้บ่อย เช่น การได้รับบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุอย่างรุนแรง การเกิดแผลไหม้ เลือดออกภายในร่างกาย การเข้ายาขับปัสสาวะ รวมไปถึงภาวะผิดปกติต่างๆ เช่น การอาเจียนเป็นปริมาณมาก ท้องเสียอย่างรุนแรง ไข้สูง มีเหงื่อออกมากผิดปกติ ลำไส้อุดตัน ภาวะขาดน้ำขั้นรุนแรง ภาวะท้องนอกมดลูก (Ectopic Pregnancy)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง มีดังนี้ (รัชนิ ผิวผ่อง, 2564)

อาการของ Hypovolemic Shock จะแตกต่างกันไปในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น สาเหตุ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะนี้ อายุ สุขภาพโดยรวม รวมถึงปริมาณ และความเร็วในการสูญเสียเลือดหรือของเหลวในร่างกาย โดยอาการ Hypovolemic Shock ที่อาจพบได้ เช่น กระหายน้ำ, ปวดตะคริวก้ามเนื้อ, รู้สึกกระวนกระวาย, ผิวหนังซีด และเย็นผิดปกติ, มีเหงื่อออกมาก, หัวใจเต้นเร็ว, ชีพจรเต้นเบา, หายใจหอบถี่, ปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ปัสสาวะเลย, อ่อนเพลีย ริมฝีปาก และเล็บเปลี่ยนเป็นสีม่วงคล้ำ, หน้ามืด, หมืดสติ ในกรณีที่มีการสูญเสียเลือดจากการบาดเจ็บภายในร่างกายผู้ที่มามีภาวะ Hypovolemic Shock อาจพบอาการอื่นๆร่วมด้วย ขึ้นอยู่กับบริเวณที่เสียเลือด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดง (ต่อ)

เช่น อาการบวมบริเวณท้อง ปวดท้อง เจ็บหน้าอก อุดจากระมีสีดำหรือปนเลือด ปัสสาวะปนเลือด หรืออาเจียนปนเลือด

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ระบบไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายเพียงพอกับความต้องการของร่างกายโดยมีการรักษา ดังนี้ (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2565)

1. การดูแลระบบหายใจ โดยการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และการให้ O₂ (Oxygen Administration) ผู้ป่วยช็อกต้องให้ high-flow oxygen เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยให้ non-rebreather mask 12-15 ลิตร/นาที่ หากในผู้ป่วยที่มีอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้ง/นาที่ ต้องช่วยให้ Hyperventilate ด้วย Ambubag ในอัตรา 20 ครั้ง/นาที่ รวมถึงการจัดท่า (Positioning) ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะต่ำ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น

2. การให้สารน้ำ สารน้ำที่นิยมให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก มี 2 ชนิด ได้แก่

2.1 Isotonic/Crystalloid solution เป็นสารละลายเกลือแร่ประกอบด้วยโมเลกุลของสารละลายในน้ำ มักเป็นสารน้ำตัวแรกที่ให้ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก เนื่องจากหาง่าย ราคาประหยัดและไม่เกิดอาการแพ้ เป็นสารละลายที่มีขนาดโมเลกุลเล็กสามารถซึมผ่านผนังของหลอดเลือดและกระจายเข้าไปอยู่ในรอบๆเซลล์ และขับถ่ายออกจากร่างกายในเวลาอย่างรวดเร็ว ภายในเวลา 1-2 ชั่วโมง ดังนั้นการใช้สารน้ำชนิดนี้จะต้องใช้ในปริมาณที่มากกว่าสารน้ำที่เสียไป 3-4 เท่า ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกินได้ง่าย ตัวอย่างสารน้ำในกลุ่มนี้ ได้แก่ 0.9% Normal Saline, Ringer's lactate solution, Ringer's acetate solution, 5%D/NSS/2, 5%DW

2.2 Colloid solution เป็นสารที่มีโมเลกุลใหญ่ ไม่สามารถไหลผ่านหลอดเลือดฝอยออกมาได้รวดเร็วเหมือนสารละลายคริสตัลลอยด์ ทำให้คงปริมาตรในหลอดเลือดได้ดีกว่า สามารถนำมาชดเชยในปริมาณที่เทียบเท่ากับปริมาตรที่ร่างกายเสียไป และใช้ปริมาณที่น้อยกว่าคริสตัลลอยด์ แต่มีข้อเสีย คือ ราคาแพง ไม่สามารถนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อ อาจเกิดอาการแพ้ได้ และรบกวนการแข็งตัวของเลือด สารละลายคอลลอยด์ ที่นิยมใช้ในภาวะช็อกมี 4 ชนิดคือ Gelatin, Starch, Dextran, 25% Albumin

2.3 เลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ pack red cell, Fresh frozen plasma และ platelet ปริมาณและอัตราเร็วในการให้สารน้ำมักต้องให้ในปริมาณมากประมาณ 20 มิลลิลิตร/กิโลกรัม โดยให้รวดเร็วภายใน 10 - 20 นาที

3. การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต (Inotropic drug, vasopressors drug) หลังจากให้สารน้ำแล้ว แต่ hemodynamicของผู้ป่วยยังไม่คงที่ แพทย์จะพิจารณาให้ยาที่มีเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ และยาเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาที่ใช้บ่อยได้แก่

3.1 Epinephrine เป็นยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง beta และ alpha adrenergic receptor ซึ่งจะช่วยกระตุ้น cardiac output และเพิ่มความดันโลหิต ผลข้างเคียงอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะในลดลง

3.2 Norepinephrine เป็นยาที่มีผลกระตุ้นทั้ง beta และ alpha adrenergic receptor แต่มีผลด้าน alpha adrenergic receptor เป็นหลักซึ่งพบว่าการใช้นorepinephrine สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้เร็วกว่า dopamineและทำให้เกิดภาวะ tachycardia น้อยกว่า

3.3 Dobutamine เป็นยาที่มีผลกระตุ้น alpha adrenergic receptor สามารถเพิ่ม cardiac out put อัตราการเต้นของหัวใจ และอาจเพิ่มความดันโลหิต

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การรักษา (ต่อ)

3.4 Dopamine ผลของยาจะขึ้นกับขนาดที่ใช้ ในขนาด low dose จะมีผลช่วยเพิ่ม renal blood flow และเมื่อขนาดเพิ่มขึ้นจะมีผลเพิ่ม cardiac output

การพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจในพยาธิสภาพของผู้ป่วย เพื่อใช้ความรู้ในการค้นหาและประเมินสภาพรวมทั้งวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างครอบคลุม การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกโดยใช้กระบวนการพยาบาล ดังนี้ (รัชนิ ผิวผ่อง, 2564)

1. การประเมินสภาพ

1.1 การซักประวัติการซักประวัติจะช่วยบอกสาเหตุของภาวะช็อก ได้แก่ การมีคลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเดิน หรือมีสาเหตุจากโรคอื่นๆ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ กล้ามเนื้อหัวใจตาย เบาหวาน ควรซักประวัติการรับประทานยา ได้แก่ แอสไพริน ยาต้านภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ (Anti-Arrhythmia) ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ การซักประวัติเกี่ยวกับอายุมีความสำคัญเช่นกัน เพราะผู้ป่วยช็อกเนื่องจากที่ได้รับบาดเจ็บมักพบในวัยหนุ่มสาว แต่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อมักพบในผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ การซักประวัติเกี่ยวกับจำนวนน้ำเข้า-ออกในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีความสำคัญมากเพราะในระยะแรกของภาวะช็อก ปัสสาวะจะออกน้อยลง ถึงแม้จะได้รับน้ำตามปกติก็ตาม

1.2 การประเมินสภาพร่างกาย แบ่งเป็นการประเมินสภาพร่างกายอย่างเร่งด่วนและการตรวจร่างกายอย่างละเอียด

1.2.1 การประเมินสภาพร่างกายอย่างเร่งด่วน ต้องทำด้วยความรวดเร็วและให้การช่วยเหลือไปพร้อมกันโดยประเมินในเรื่อง 1) ทางเดินหายใจ ว่ามีการอุดกั้นหรือไม่ถ้ามีต้องทำการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง 2) การหายใจช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้อย่างเพียงพอ 3) การไหลเวียนเลือด กรณีมีเลือดออกต้องห้ามเลือดและถ้าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นต้องช่วยปั๊มหัวใจทันที

1.2.2 การประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียด ซึ่งจะทำหลังจากที่ผู้ป่วยปลอดภัยแล้ว โดยจะครอบคลุมทั้งการดู ฟัง เคาะ คลำ ดังนี้

1.2.2.1) การตรวจระดับความรู้สึกตัว เนื่องจากภาวะช็อกทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองลดลง ทำให้ในระยะแรกๆ จะมีการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic เพิ่มการหลั่ง epinephrin ผู้ป่วยจะมีอาการตื่นเต้นกระสับกระส่าย หงุดหงิด และเมื่อภาวะช็อกยังดำเนินต่อไปผู้ป่วยจะเกิดภาวะสับสน ซึม และไม่รู้สึกตัว

1.2.2.2) ลักษณะของผิวหนัง ระบบประสาท sympathetic ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือดมีการกระตุ้นบริเวณผิวหนัง และต่อมเหงื่อ ผิวหนังจะเย็นขึ้น และซีด การประเมินภาวะซีด อุณหภูมิร่างกายเย็นขึ้น การยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ริมฝีปากซีด เล็บมือเล็บเท้าอาจเขียว

1.2.2.3) การไหลเวียนกลับของหลอดเลือดฝอย (capillary refill) เป็นการประเมินว่าระบบไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อได้เพียงพอหรือไม่ (tissue perfusion) โดยกดที่เล็บมือแล้วปล่อยในคนปกติจะแดงภายหลังจากการปล่อยประมาณ 1-2 วินาที ถ้าในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก capillary refill จะนานกว่า 2 วินาที

1.2.2.4) การวัดความดันของหลอดเลือดส่วนกลาง (Central venous pressure: CVP) เป็นการวัดความดันเลือดของหัวใจห้องบนขวา เพื่อประเมินระดับของปริมาณน้ำ และเลือดในร่างกาย เป็นการวัดความดัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก (ต่อ)

ของ right atrium pressure โดยวัดจาก superior venae cava เพราะไม่มีลิ้นกั้นระหว่างหัวใจห้องบนขวากับ superior venae cava แรงดันจึงเท่ากัน ค่า CVP ปกติประมาณ 5 - 12 เซนติเมตรน้ำ หรือ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยที่มี CVP ต่ำอาจเกิดจากปริมาณน้ำหรือเลือดในร่างกายต่ำหรือมีการขยายตัวของหลอดเลือด แต่ถ้าค่า CVP สูง เกิดจากการมีน้ำในหัวใจห้องล่างขวามากซึ่งบ่งบอกว่าหัวใจห้องล่างขวามีการบีบตัวได้น้อย จึงทำให้แรงดันในหัวใจห้องล่างขวาสูง มักพบในภาวะน้ำเกิน หัวใจวายซีกขวา ความดันในปอดสูง และหลอดเลือดหดตัว

1.2.2.5) Pulmonary capillary wedge pressure (PCWP) เป็นการใส่สายสวนที่เรียกว่า Swan-ganzcatheter เข้าไปวัดความดันใน pulmonary artery ซึ่งสามารถบอกถึงประสิทธิภาพของหัวใจซีกซ้ายได้ดีกว่า CVP มากนอกจากนั้นยังสามารถหา cardiac output ได้ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการหนัก

1.2.2.6) สัญญาณชีพ การประเมินสัญญาณชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ซึ่งในรายที่มีอาการไม่คงที่ควรประเมินซ้ำทุก 5 นาที ถ้าอาการคงที่ประเมินซ้ำทุก 10 นาที

- ความดันโลหิตจะพบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิต systolic น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีการลดลงของความดันโลหิต systolic มากกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท จากความดันโลหิตเดิมของผู้ป่วย และอาจพบว่าผู้ป่วยจะมี pulse pressure แคบ ในผู้ป่วยบางรายจะมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในขณะที่เปลี่ยนท่า (postural hypotension) จากนอนเป็นนั่งหรือนั่งเป็นยืน โดยพบว่าการลดลงของความดันซิสโตลิก หรือ ไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิเมตรปรอท

- ชีพจร เป็นตัวชี้วัดถึงภาวะช็อกในระยะแรกๆ ที่แม่นยำมากกว่าความดันโลหิตและถ้าพบว่าชีพจรเบาเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที จะเป็นข้อบ่งชี้ของการมีภาวะช็อกในระยะเริ่มแรกที่เด่นชัดที่สุด

- การหายใจ ควรประเมินอัตราและความลึก และฟังปอด เพื่อประเมินเสียงหายใจ ผู้ป่วยช็อกจะมีการหายใจเพิ่มขึ้นมากกว่า 24 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยจะหายใจเร็วและลึกเนื่องจากร่างกายมีภาวะเป็นกรด อุณหภูมิในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกอาจพบได้ทั้งมีอุณหภูมิผิวหนังส่วนปลายเย็น และมีอุณหภูมิสูงจากการติดเชื้อได้

- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดดำ (Oxygen saturation) ค่าปกติคือมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ ถ้าค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดดำ 90-95 เปอร์เซ็นต์ แสดงถึงอาจมีภาวะ hypoxia ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกอาจทำให้ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดดำที่ได้คลาดเคลื่อนเนื่องจากการมีไหลเวียนเลือดไม่ดี ซึ่งอาจมีการยืนยันภาวะ hypoxia โดยการเจาะ arterial blood gas

1.2.2.7) ระบบทางเดินปัสสาวะ ควรประเมินจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง โดยปกติปัสสาวะควรออกอย่างน้อย 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง รวมถึงการการประเมินสี ความถี่จำเพาะ เลือดหรือโปรตีนในปัสสาวะ และมีการบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายเพื่อเปรียบเทียบความสมดุลกัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยแผลไฟไหม้ระดับสอง ร่วมกับภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในร่างกาย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 16 มีนาคม 2565 เวลา 08.09 น.

วันที่รับไว้ดูแล 16 มีนาคม 2565 เวลา 09.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 31 มีนาคม 2565 เวลา 14.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากห้องดูแล 20 มีนาคม 2565 เวลา 11.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 16 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 5 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วย และสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและญาติ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แก๊สหายใจระบิดใส่ไบหน้า ลำตัว และแขนทั้ง 2 ข้าง 15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

15 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะผู้ป่วยทำอาหาร แก๊สหายใจระบิดใส่บริเวณไบหน้า ลำตัว และแขนทั้ง 2 ข้าง ญาติจึงนำตัวส่งโรงพยาบาล

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 16 มีนาคม 2565 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 1)

แรกรับที่งานห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เวลา 08.09 น. GCS 15 คะแนน ($E_4V_4M_6$) สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 158/92 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 102 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ มีแผลไฟไหม้ระดับสอง บริเวณไบหน้า ลำคอ ลำตัว แขนและมือทั้ง 2 ข้าง แพทย์ประเมินอาการและพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube (ET tube) เบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร, สายยางให้อาหารทางจมูก, ใส่สายสวนปัสสาวะ และย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาต่อที่งานห้องผู้ป่วยหนัก 2 ตามแผนการรักษาของแพทย์

แรกรับที่งานห้องผู้ป่วยหนัก 2 เวลา 09.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 11 คะแนน ($E_4V_4M_6$) ทำตามคำบอกได้ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 161/87 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 104 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube (ET tube) เบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตรต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ Ventilator setting PCMV mode ตั้งค่าอัตราการหายใจ (Respiratory rate:RR) 16 ครั้งต่อนาที ค่าความดันสูงสุด (Maximum pressure limit:Pmax) 16 เซนติเมตรน้ำ ค่าแรงดันบวก (Positive end Expiratory pressure:PEEP) 5 เซนติเมตรน้ำ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน (Fraction of inspired oxygen:FiO₂) 0.4 เปอร์เซ็นต์ ระยะเวลาการหายใจเข้า (Inspiratory time:Ti) 1.0 วินาที ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ RLS 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยดทางเส้นเลือดดำ 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 8 ชั่วโมง และเปลี่ยนเป็น RLS 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยดทางเส้นเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 16 ชั่วโมง พบแผลไฟ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปอาการและการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

ไหม้ระดับสอง บริเวณใบหน้า ลำคอ ลำตัว แขนและมือทั้ง 2 ข้าง แผลปิดผ้าปิดแผลไว้ มีน้ำเหลืองซึมปริมาณมาก ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ มีปัสสาวะในถุงปัสสาวะ 200 มิลลิลิตร

เวลา 11.00 น. ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 85/56 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 62 มิลลิเมตรปรอท วัดความดันโลหิตซ้ำ 82/53 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้ load Ringer's lactate solution 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำใน 30 นาที และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำต่อเป็น RLS 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยดทางเส้นเลือดดำ 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วัดความดันโลหิตซ้ำหลัง load Ringer's lactate solution ครบ 122/53 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 69 มิลลิเมตรปรอท

เวลา 12.30 น. แพทย์ตรวจเย็บ พบแผลมีลักษณะเป็นตุ่มน้ำพุพอง และรอยไหม้ บริเวณใบหน้า ใบหู ลำคอ หน้าอก และแขนทั้งสองข้าง ทำแผลล้างแผลไฟไหม้ (Scrub Burn) และทาแผลด้วย silver sulfadiazine cream ทำแผล วันละ 1 ครั้ง ตามแผนการรักษา หลังทำแผล มีลักษณะแดงดี ไม่มีตุ่มพุพองตามร่างกาย และปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลไว้ ไม่มีสารคัดหลั่งซึมผ้าปิดแผล และให้ยา Tramadol 50 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Paracetamol 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการ ทุก 4-6 ชั่วโมง, Omeprazole 40 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง, Augmentin 1.2 กรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง, Morphine 3 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง และให้เริ่มรับประทานอาหารทางสายยางเป็น Blenderized diet (BD) 1 calories/1 มิลลิลิตร ครั้งละ 100 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ตามแผนการรักษา

เวลา 14.20 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล ประเมินระดับความปวด เท่ากับ 9 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 135/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 95 มิลลิเมตรปรอท Sedative score 0 คะแนน ให้ยา Morphine 3 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาบรรเทาปวด 15 นาที ประเมินระดับความปวด เท่ากับ 4 คะแนน วัดสัญญาณชีพซ้ำ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 115/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 83 มิลลิเมตรปรอท Sedative score 0 คะแนน

ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 - 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 - 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 - 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 82/53 - 161/87 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 60 - 104 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ สรุปปริมาณสารน้ำเข้าออกร่างกายวันนี้ ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 4,581 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง ปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 1,800 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง

วันที่ 17 มีนาคม 2565 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 2)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 11 คะแนน ($E_4V_7M_6$) ทำตามคำบอกได้ ใส่ท่อช่วยหายใจต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ Ventilator setting PCMV mode ตั้งค่าอัตราการหายใจ (Respiratory rate: RR) 16 ครั้งต่อนาที ค่าความดันสูงสุด (Maximum pressure limit: Pmax) 16 เซนติเมตรน้ำ ค่าแรงดันบวก (Positive end Expiratory pressure: PEEP) 5 เซนติเมตรน้ำ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน (Fraction of inspired oxygen: FiO_2) 0.4 เปอร์เซ็นต์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปอาการและการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

ระยะเวลาการหายใจเข้า (Inspiratory time:Ti) 1.0 วินาที ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์ กับ Ventilator ดี ไม่มีหอบเหนื่อย อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 78 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผูกหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา หายใจโดยใช้ Endotracheal tube (ET tube) ต่อ T-Piece 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ผิวหนังอุ่น แห้ง ไม่ซีด ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 88 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารทางสายยางได้ตามแผนการรักษา ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียน เพิ่มอาหารทางสายยางเป็น Blenderized diet (BD) 1 calories/1 มิลลิลิตร ครั้งละ 350 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง เข้า กลางวัน เย็น และ ก่อนนอน ให้ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง และยาแก้ปวดให้ผู้ป่วย Morphine 3 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

เวลา 16.00 น. มีปัสสาวะออก 200 มิลลิลิตร (ใน 8 ชั่วโมง) ให้ Ringer's acetate solution 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำทันทีใน 30 นาที และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำต่อเป็น Ringer's acetate solution 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยดทางเส้นเลือดดำ 140 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา 24.00 น. ปัสสาวะออก 300 มิลลิลิตร

เวลา 17.45 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล ประเมินระดับความปวด เท่ากับ 7 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 145/98 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 105 มิลลิเมตรปรอท จึงให้ยา Morphine 3 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง หลังให้ยาบรรเทาปวด 15 นาที ประเมินระดับความปวด เท่ากับ 3 คะแนน วัดสัญญาณชีพซ้ำ อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 125/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 83 มิลลิเมตรปรอท

ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 - 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 - 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14 - 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/77 - 145/98 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 83 - 105 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ สรุปปริมาณสารน้ำเข้าออกร่างกายวันนี้ ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 4,221 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง ปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 850 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง

วันที่ 18 มีนาคม 2565 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 3)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 11 คะแนน (E₄V₇M₆) ทำตามคำบอกได้ หายใจโดยใช้ Endotracheal tube (ET tube) ต่อ T-Piece 10 ลิตรต่อนาที หายใจไม่หอบเหนื่อย อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 143/79 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 93 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ รับประทานอาหารทางสายยางได้ตามแผนการรักษา ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Ringer's acetate solution 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยดทางเส้นเลือดดำ 140 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ให้หลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง และยาแก้ปวดให้ผู้ป่วย Morphine 3 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

เวลา 18.30 น. หลังทำแผลผู้ป่วยบนปวดแผล ประเมินระดับความปวด เท่ากับ 7 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 154/98 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 102 มิลลิเมตรปรอท จึงให้ยา Morphine 3 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง หลังให้ยาบรรเทาปวด 15 นาที ประเมินระดับความปวด เท่ากับ 3 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 135/83 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 92 มิลลิเมตรปรอท

ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 - 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 - 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/83 - 154/98 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 92 - 102 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ สรุปปริมาณสารน้ำเข้าออกร่างกายวันนี้ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 4,250 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง ปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 2,050 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง

วันที่ 19 มีนาคม 2565 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 4)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 11 คะแนน ($E_4V_7M_6$) ทำตามคำบอกได้ รับประทานอาหารทางสายยางได้ตามแผนการรักษา ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียน หายใจโดยใส่ Endotracheal tube (ET tube) ต่อ T-Piece 10 ลิตรต่อนาที หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 149/85 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 94 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้ถอดท่อช่วยหายใจ และประเมินความพร้อมก่อนถอดท่อช่วยหายใจ หลังประเมินความพร้อมก่อนถอดท่อช่วยหายใจผ่าน และถอดท่อช่วยหายใจ เวลา 11.00 น. หลังถอดท่อช่วยหายใจ ให้ผู้ป่วยออกซิเจนชนิดสายยางเข้าจมูก (nasal cannula) อัตราการไหลของออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที หายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 14-16 ครั้งต่อนาที ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Ringer's acetate solution 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยดทางเส้นเลือดดำ 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง

เวลา 18.20 น. ผู้ป่วยบนปวดแผล ประเมินระดับความปวด เท่ากับ 7 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 158/96 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 110 มิลลิเมตรปรอท จึงให้ยา Morphine 3 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง หลังให้ยาบรรเทาปวด 15 นาที ประเมินระดับความปวด เท่ากับ 3 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 125/68 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 78 มิลลิเมตรปรอท

ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 - 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 - 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/68 - 158/96 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง 78 - 110 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ สรุปปริมาณสารน้ำเข้าออกร่างกายวันนี้ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 3,260 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง ปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย 3,650 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปอาการและการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

วันที่ 20 มีนาคม 2565 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 5)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 153/83 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 95 มิลลิเมตรปรอท หายใจโดยใช้ออกซิเจนชนิดสายยางเข้าจมูก (nasal cannula) อัตราการไหลของออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที หายใจไม่หอบเหนื่อย รับประทานอาหารทางสายยางได้ตามแผนการรักษา ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียน แพทย์พิจารณาให้ถอดสายยางให้อาหาร และให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีสำลักอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Ringer's acetate solution 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยดทางเส้นเลือดดำ 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง และแพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย ตามแนวทางการย้ายผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ จะติดตามเยี่ยมอาการและติดตามปัญหาของผู้ป่วยที่มีก่อนจำหน่าย หลังจากย้ายผู้ป่วย ติดตามกันเป็นระยะเวลา 3 วัน เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจำหน่ายต่อไป

ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนย้ายหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/85 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 91 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ หายใจโดยใช้ออกซิเจนชนิดสายยางเข้าจมูก (nasal cannula) อัตราการไหลของออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที ใส่สายสวนปัสสาวะ มีปัสสาวะในถุงปัสสาวะ 200 มิลลิลิตร รวมระยะเวลาที่รับไว้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 15 วัน รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก 2 ทั้งหมด 5 วัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะวิกฤตเฉียบพลัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกจากการสูญเสียน้ำในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะระบบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากการสูดสำลักควันไฟ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากการรั่วของสารน้ำออกนอกเซลล์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลไฟไหม้ตามร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการมีแผลไฟไหม้

ระยะดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากสภาวะเมตาบอลิซึมสูง ร่างกายสลายโปรตีนมากกว่าการ สังเคราะห์ และสูญเสียโปรตีนทางบาดแผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และภาวะแทรกซ้อนจากแผลไฟไหม้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานห้องผู้ป่วยหนัก2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 1 ราย

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกที่มีการบาดเจ็บจากการสูดดมควันไฟ รวมถึงแนวคิดทางการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมิน สภาพผู้ป่วย และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่ายก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากงานห้องผู้ป่วยหนัก2

4.2.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนย้ายผู้ป่วยไปพักรักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

4.2.8 เรียบเรียงผลงาน เขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษา และให้การพยาบาลผู้ป่วยแผลไฟไหม้ระดับสอง ที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในร่างกาย ให้พ้นจากภาวะวิกฤต

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยแผลไฟไหม้ระดับสอง ร่วมกับภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในร่างกาย จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2565 เวลา 09.00 น. ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2565 เวลา 11.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยรายนี้มีแผลไหม้จากการถูกแก๊สหุงต้มระเบิดใส่ และได้รับการทำความสะอาดแผลทุกวัน พยาบาลมีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินการพยาบาล และการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ในระยะเวลา 5 วันที่ทำการศึกษานี้ ญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้ป่วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 สามารถใช้เป็นเอกสารประกอบการศึกษา และจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลไฟไหม้ระดับสองร่วมกับภาวะช็อกจากการสูญเสียน้ำในร่างกายของงานห้องผู้ป่วยหนัก2 เพื่อเพิ่มสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเฉพาะทางมากยิ่งขึ้น

6.2 หน่วยงานมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล นำความรู้ไปใช้ในการให้คำแนะนำ เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกลัว ความวิตกกังวล ได้รับความพึงพอใจในด้านบริการพยาบาล และได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ป่วยและญาติ

7. ความยั่งยืนและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษากรณีผู้ป่วยแผลไหม้จากการถูกไฟไหม้ ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียน้ำในร่างกาย ส่งผลให้มีภาวะหายใจล้มเหลว ต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นภาวะอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และต้องมีการประเมินและการติดตามประเมินบาดแผลไฟไหม้ และช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมปัญหาและรวดเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อัตราการทุพพลภาพของผู้ป่วยลงได้ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้จากการถูกไฟไหม้ร่วมกับภาวะช็อกจากการสูญเสียน้ำในร่างกาย การดูแลผู้ป่วยขณะใส่ท่อช่วยหายใจ อีกทั้งสภาวะจิตใจของผู้ป่วยเนื่องจากมาตรการควิดิงดการเข้าเยี่ยม

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษากรณีผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ จะต้องได้รับการทำความสะอาดแผลทุกวัน พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดแผลขณะทำแผล มีการสะดุ้งและกระตุกเป็นบางครั้ง ทุกครั้งก่อนทำแผลผู้ป่วยจะมีสีหน้าวิตกกังวล ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย ดังนั้นความสำคัญในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการรักษาผู้ป่วย การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง พร้อมทั้งการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อบริเวณแผล ข้อยึดติด และการเกิดแผลเป็นนูน ได้เป็นอย่างดี

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลจะต้องมีทักษะความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยแผลไฟไหม้ ร่วมกับภาวะช็อกจากการสูญเสียน้ำในร่างกาย การวางแผนการพยาบาล การประเมินซ้ำให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งความสามารถในการประเมินภาวะฉุกเฉิน อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ และการทำแผลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ

2. พยาบาลควรใช้เทคนิควิธีการสื่อสารพื้นฐานเบื้องต้น เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน โดยการใช้คำถามใช่หรือไม่ใช่ การส่ายหน้าหรือกะพริบตา และวิธีการสื่อสารโดยใช้รูปภาพประกอบข้อความ

3. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้กำลังใจกับผู้ป่วย และอนุญาตให้ญาติผู้ป่วยโทรคุยและให้กำลังใจผู้ป่วยได้ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

11. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวอริชา นำนวล ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... อริชา นำนวล
 (นางสาวอริชา นำนวล)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) 11 / พฤศจิกายน / 2567
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอริชา นำนวล	อริชา นำนวล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสุจิตรา ตันธิกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

(วันที่) 14 / พย / 67

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 14 / พฤศจิกายน / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) / ๑๖.๖.๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(นายอิทธิพล อุดตมะปัญญา)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 18 / ธ.ค. / 2567

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง จัดทำแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin

2.หลักการและเหตุผล

ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep Vein Thrombosis หรือ DVT) หรือภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันภายในหลอดเลือดดำที่ขาลึก ทำให้เกิดอาการขาบวม และขาอักเสบ การอุดตันทำให้เกิดอันตรายโดยที่ลิ่มเลือดมีโอกาสหลุดจากหลอดเลือดดำลึกที่ขาขึ้นไปยังหัวใจซีกขวา และหลอดเลือดแดงปอดอุดตัน ทำให้ปอดขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งอาจทำให้หัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลัน ภาวะช็อค ไส้เป็นเลือด หรืออาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงได้ (ธิปร ผังเมืองดี, 2563) ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำปัจจุบันยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดจากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วยประมาณ 2 ล้านคนเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำ ทุกๆ ปีจะมีผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำ และเสียชีวิตปีละ 60,000 คน อุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยอุบัติการณ์จะเพิ่มเป็น 2 เท่าในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี นอกจากนี้ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำยังสัมพันธ์กับเชื้อชาติด้วย ชาว African-American จะเสี่ยงมากกว่าชาว American หรือยุโรป หรือ Hispanic ส่วนชาว Pacific Islanders จะพบภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำน้อยมาก (วิระพล ภิบาลย์, 2560) ดังนั้นการรักษาทางยาเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ปัจจุบันมีการนำยาละลายลิ่มเลือดกลุ่มเฮปารินน้ำหนักโมเลกุลต่ำ (low molecular weight heparin : LMWH) เข้ามาใช้ในการรักษาโรค ซึ่งยามีฤทธิ์เป็นกรดจะส่งผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายขึ้นทั้งแบบรุนแรง (Major bleeding) และไม่รุนแรง (Minor bleeding) ซึ่งแบบรุนแรง ได้แก่ ก้อนเลือดออกใต้ผิวหนัง (Hematoma) เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal hemorrhage : UGIH)แบบที่ไม่รุนแรงได้แก่ รอยเลือด (Bruise/Ecchymosis) Epitaxis Hematuria, Melena และ Hemoptysis สำหรับเลือดที่ออกใต้ผิวหนังในบริเวณที่ฉีดยาบางรายอาจเกิดรอยจ้ำเลือดขนาดเล็ก (Bruise) บางรายอาจเกิดก้อนเลือดขนาดใหญ่ (hematoma) ใต้ผิวหนัง แม้ว่าพยาบาลผู้ฉีดยาจะฉีดด้วยวิธีมาตรฐานแล้วก็ตาม (ชลินดา ทิพย์เกษร, 2565)

จากสถิติงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว การเข้ารับการนอนพักรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขา ปี 2564 - 2566 มีจำนวน 8, 9 และ 12 รายตามลำดับ แพทย์มีการสั่งใช้ยา Enoxaparin จำนวน 3, 5 และ 6 รายตามลำดับ พบผู้ป่วยเกิดเป็นก้อนเลือด (hematoma) จำนวน 0, 2 และ 2 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0, 0.1 และ 0.12 ตามลำดับจากผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดการให้ยา Enoxaparin ซ้ำตำแหน่งเดิม และไม่ได้ระบุตำแหน่งในการฉีดยา Enoxaparin ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ซึ่งปัจจุบันงานห้องผู้ป่วยหนัก2 ยังไม่มีแบบบันทึกการบริหารยา Enoxaparin ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงได้จัดทำแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin เพื่อบันทึกเวลาที่ฉีดยา, ตำแหน่งที่ฉีดยา และประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา Enoxaparin เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา Enoxaparin ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

ในงานห้องผู้ป่วยหนัก2 จากการค้นหาสาเหตุจากการให้ยา Enoxaparin พบว่า เกิดรอยเลือด, รอยจ้ำเลือด, ก้อนเลือด (Hematoma) ตรงตำแหน่ง บริเวณที่ฉีดยา บางรายมีขนาดใหญ่มาก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ วิตกกังวล และในบางราย มีอาการปวดแสบปวดร้อนขณะและหลังฉีดยา ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการบริหารยา Enoxaparin โดยมีแบบบันทึกที่เหมาะสมสามารถบอกตำแหน่งของการฉีดยา Enoxaparin ได้อย่างถูกต้อง

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดของ 2P Safety หนึ่งในนั้นคือ Patient Safety Goals คือเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และองค์กรระหว่างประเทศเพื่อคุณภาพการบริการสุขภาพ ได้กำหนดคู่มือมาตรฐานความปลอดภัย Patient Safety Goals: SIMPLE โดยรวบรวมประเด็นปัญหาจากโรงพยาบาลและประมวลแนวทางปฏิบัติที่ดี ซึ่งเป็นที่ยอมรับของวงการแพทย์ ที่ประกาศโดยองค์การอนามัยโลกกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรมาตรฐานระดับนานาชาติต่างๆ โดยกำหนดประเด็นความปลอดภัยตามตัวอักษร SIMPLE มีความหมาย ดังนี้ S = Safe Surgery, I = Infection Control, M = Medication & Blood Safety, P = Patient Care Processes, L = Line, Tube, Catheter, E = Emergency Response (นันทิดา พันธุศาสตร์ และราตรี ทองยู, 2560)

ซึ่ง Patient Safety Goals: SIMPLE ที่ได้ประกาศไว้นั้น ทางผู้จัดทำได้นำแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยในหัวข้อ M = Medication & Blood Safety ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการได้รับยาและเลือด (Medication & Blood Safety) ซึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือยาที่ต้องเฝ้าระวัง (high-alert drug) นับเป็นสาเหตุสำคัญลำดับต้น ๆ ประการหนึ่งที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ จากรายงานของคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า ในแต่ละปีคนไทยแพ้ยา กว่า 20,000 ราย และเสียชีวิตประมาณ 10 - 20 ราย จำนวนผู้เสียชีวิตประปรายมีมากกว่าสองแสนราย และพบผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 46,353 รายต่อปี ซึ่งในความเป็นจริง ตัวเลขอาจสูงกว่านี้มากเพราะหากเทียบเคียงกับใน ต่างประเทศเกี่ยวกับรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระบุว่าร้อยละ 94 ไม่ปรากฏในข้อมูล แม้ว่าแพทย์จะเป็นผู้กำหนดชนิดยา และบางแห่งการเตรียมยาเป็นหน้าที่ของเภสัชกร แต่การดูแลให้ยาและเฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดขึ้น ทั้งขณะและภายหลังให้นานั้น เป็นบทบาทของพยาบาลโดยตรง การพัฒนาประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่รับยาทุกชนิด โดยเฉพาะยาที่ต้องเฝ้าระวัง (Improve the safety of high-alert drug) พยาบาลจำเป็นต้องทราบประเด็นหลักที่สำคัญ ดังนี้ (นันทิดา พันธุศาสตร์ และราตรี ทองยู, 2560)

1. วิธีการเพื่อป้องกันอันตราย ได้แก่ การ จัดทำชุดคำสั่งซึ่งสะท้อนวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา สภาพของโรคหรือความต้องการที่คล้ายคลึงกัน
2. วิธีการเพื่อค้นหาความผิดพลาดและอันตราย ที่มีการบรรจุข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับมาตรวัด (parameter) ที่เหมาะสมสำหรับการติดตามการใช้ยา
3. วิธีการเพื่อบรรเทาอันตราย เช่น จัดทำแนวปฏิบัติ (protocol) อนุญาตให้มีการใช้สารต้านฤทธิ์โดยไม่ต้องรอแพทย์ เป็นต้น

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin ขึ้น ช่วยลดขั้นตอนและลดระยะเวลาในการวัดเพื่อระบุตำแหน่งในการฉีดยา Enoxaparin และป้องกันการฉีดยาซ้ำตำแหน่งเดิม โดยแบบบันทึกการบริหารยา Enoxaparin จะระบุไว้ชัดเจนว่าเข็มที่ 1 ฉีดตำแหน่งไหน เข็มที่ 2, 3, 4 จนถึงเข็มที่ 12 ตามลำดับ ฉีดตำแหน่งใด ทำให้ไม่มีการฉีดยา ซ้ำตำแหน่งเดิม หลักการระบุตำแหน่งการฉีดยา คือ ฉีดยาดำแหน่งห่างจากสะดือ 5 เซนติเมตร เพื่อหลีกเลี่ยงเส้นเลือดด้าอัมบิลิคัล (umbilical) และฉีดห่างจากตำแหน่งเดิม อย่างน้อย 2 เซนติเมตร เพื่อป้องกันการเกิดจำเลือดติดต่อกันและง่ายต่อการสังเกตการเกิดรอยจำเลือดหรือก้อนเลือดมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในงานห้องผู้ป่วยหนัก2 นำแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin มาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ทุกราย
3. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิด Hematoma จากการฉีดยา Enoxaparin ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ของผู้ป่วยวิกฤตในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 ทุกราย

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน มกราคม 2568 - มิถุนายน 2568

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในงานห้องผู้ป่วยหนัก2
2. ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้ารับการรักษาดูแลในหอผู้ป่วยหนัก2 ทุกราย ที่ได้รับยา Enoxaparin

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. สำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูล สถิติ ปัญหา และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ในงานห้องผู้ป่วยหนัก2
2. นำเสนอข้อปัญหากับหัวหน้า และทีมสมาชิกงานห้องผู้ป่วยหนัก2 เพื่อร่วมปรึกษาและหาแนวทางร่วมกัน
3. ศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูล จากตำรา เอกสารทางวิชาการ และเสนอแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin กับหัวหน้าและทีมสมาชิกงานห้องผู้ป่วยหนัก2 ช่วยตัดสินใจ
4. ดำเนินการจัดทำแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin
 - 4.1 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาจัดทำแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin ประกอบด้วย วงล้อบอกตำแหน่ง วันเดือนปี และเวลาการบริหารยา Enoxaparin, วิธีการบริหารยา Enoxaparin, ภาวะแทรกซ้อนของยา Enoxaparin
 - 4.2 นำแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin นำเสนอกับหัวหน้าหอผู้ป่วย
5. นำแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin มาทดลองใช้ในงานห้องผู้ป่วยหนัก2 ประเมินผลและติดตามผล
6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin ให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. งานห้องผู้ป่วยหนัก 2 มีการใช้แบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin เป็นมาตรฐานและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคน มีความพึงพอใจ ในการใช้แบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin กับผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ในงานห้องผู้ป่วยหนัก2
3. ผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ในงานห้องผู้ป่วยหนัก2 ทุกราย มีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา Enoxaparin
4. ลดระยะเวลาในการวัดตำแหน่งที่ฉีดยา Enoxaparin

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. งานห้องผู้ป่วยหนัก 2 มีแบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin จำนวน 1 ฉบับ
2. ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 ใช้แบบบันทึกวงล้อการบริหารยา Enoxaparin 100%
3. จำนวนอุบัติการณ์การเกิด Hematoma จากการฉีดยา Enoxaparin ของผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) ธิดา นานวล
 (นางสาวธิดา นานวล)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) 11 / พฤษภาคม 2568
 ผู้ขอประเมิน