

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืด
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อคือยา CRAB ในหออภิบาลผู้ป่วย
อายุรกรรม

เสนอโดย

นางศิริพร ถาวร

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ.547)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืด
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** จำนวน 17 วัน (ตั้งแต่วันที่ 25 ตุลาคม 2550 – วันที่ 10 พฤศจิกายน 2550)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

โรคหอบหืด (Asthma) หมายถึง การที่ทางเดินหายใจมีการตอบสนอง ต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ มากเกินไปทำให้มีการหดเกร็งของหลอดลม มีเสมหะเพิ่มขึ้น และปรากฏอาการหายใจลำบากมาก มีเสียงวี๊ดเพิ่มขึ้น อาการเหล่านี้อาจหายได้เองหรือหาย เมื่อได้รับยาขยายหลอดลม

พยาธิสรีรวิทยา

ภาวะหอบหืดเกิดจากการที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ร่วมกับทางเดินหายใจมีการตอบสนองที่ไวมากเกินไป (airway hyperresponsiveness) ส่งผลให้เกิดการจำกัดของการไหลเวียนของอากาศ (airflow limitation) การจำกัดของการไหลเวียนของอากาศในภาวะหอบหืดโดยทั่วไปเกิดจากกลไกดังต่อไปนี้

1. หลอดลมตีบเฉียบพลัน (acute bronchoconstriction) เป็นกลไกที่กล้ามเนื้อเรียบหดเกร็งหลังจากสัมผัสกับสิ่งกระตุ้น จะทำให้เกิดการจำกัดของการไหลเวียนของอากาศอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอากาศหอบหืดเฉียบพลัน ซึ่งมักตอบสนองดีต่อการให้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดที่ออกฤทธิ์สั้น

2. การบวมของผนังทางเดินหายใจ (swelling of the air way) มักเกิดหลังจากมีสิ่งกระตุ้นนานกว่า 6-24 ชั่วโมง และก่อให้เกิดอาการหอบหืดในระยะหลัง มีการหลุดลอกของ epithelium ทำให้ allergen แทรกเข้าสู่ submucosa และไปจับกับ mast cell ได้ง่ายขึ้น ทำให้มี degranulation ของ mast cell เกิดขึ้น มีการหลั่งสาร mediators ต่างๆ ทำให้เยื่อผนังหลอดลมบวมและหนาตัวขึ้น โดยอาจจะมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ การใช้ยาขยายหลอดลมอาจช่วยลดอาการบวมได้เล็กน้อย แต่ผู้ป่วยจะตอบสนองดีต่อการให้ยากดภูมิแพ้โดยการอักเสบ โดยเฉพาะกลุ่มสเตียรอยด์

3. การสร้างเนื้อเยื่อเมือกและสารคัดหลั่งที่ทำให้เกิดการอุดตันเพิ่มขึ้นอย่างเรื้อรัง มีเสมหะอุดหลอดลมทำให้ลมผ่านหลอดลมลำบาก

4. การสร้างผนังทางเดินหายใจใหม่ (airway wall remodeling) เมื่อเกิดการอักเสบของทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่องจะมีกลไก การซ่อมแซมและการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาใหม่ซึ่งจะมีกล้ามเนื้อเรียบ ต่อเมือกเมือก (mucous gland) ทำให้ผนังหลอดลมมีการหนาตัว ส่งผลให้หลอดลมตีบเรื้อรัง สิ่งกระตุ้นให้เกิดหอบหืดเฉียบพลัน มีหลายประการ

1. สารก่อภูมิแพ้ (allergens) ทั้งในและนอกร่างกาย
2. มลพิษ (air pollutants) ในอากาศทั้งในและนอกร่างกาย

- 3.การติดเชื้อของทางเดินหายใจ
- 4.การออกกำลังกายและhyperventilation
- 5.อากาศที่เปลี่ยนแปลง
- 6.ซัลเฟอร์ไดออกไซด์
- 7.อาหารและยา
- 8.การแสดงอารมณ์ที่รุนแรง
- 9.การสูบบุหรี่ (การสูบบุหรี่โดยตรงและการหายใจสูดควันบุหรี่)
- 10.สิ่งที่ทำให้เกิดการระคายเคือง เช่นสเปรย์

หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหอบหืดเฉียบพลัน

1.วินิจฉัยว่ามีภาวะหอบหืดเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินด้วยอาการเหนื่อยหอบ อาจเป็นจากสาเหตุอื่นๆ นอกจากภาวะหอบหืดเฉียบพลันได้ ส่วนมากผู้ป่วยมักจะมีประวัติชัดเจนว่าเคยเป็นหอบหืดมาก่อน มีอาการ ไอ หอบ หายใจมีเสียงวี๊ด ภาวะอื่นๆ ที่ต้องวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการกำเริบเฉียบพลัน (chronic obstructive pulmonary disease:COPD with acute exacerbation) การอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีประวัติของหอบหืด อาจมาด้วยอาการหอบหืดที่ไม่ได้เกิดจากภาวะหอบหืดเฉียบพลันได้เช่น ปอดบวมน้ำ หรือลมในโพรงเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ดังนั้น การวินิจฉัยจึงขึ้นกับการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด

2.ประเมินความรุนแรงของอาการหอบ ควรทำอย่างรีบด่วนและให้การรักษานี้อิงต้นไปพร้อมกัน ประเมินความรุนแรงนี้มีเครื่องมือที่ใช้วัดความรุนแรงหลายอย่าง ดังนี้

2.1ประวัติที่สำคัญเพื่อประเมินความรุนแรง

2.1.1 ลักษณะของอาการกำเริบ ระยะเวลาที่เกิด ความรุนแรงของอาการ โดยอาจเทียบกับครั้งก่อนๆที่ใช้ในปัจจุบัน ปัจจัยที่กระตุ้น

2.1.2 ความรุนแรงของภาวะหอบหืดเรื้อรัง การใช้ยาควบคุม

2.1.3 ประวัติหอบหืดและการรักษาครั้งก่อน ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและกรณีรับไว้ในโรงพยาบาล

2.1.4 ประวัติการเกิดการหายใจล้มเหลว

2.1.5 ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจและสังคม

2.2ประวัติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะหอบหืดที่รุนแรง ได้แก่

2.2.1 ผู้ป่วยเคยมีอาการกำเริบรุนแรง ต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจ

2.2.2 ประวัติการกำเริบรุนแรงที่ต้องรับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน หรือรับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

2.2.3 ประวัติเคยได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ชนิดรับประทานมาก่อน

2.2.4 ได้ใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ชนิดสูดในการควบคุมภาวะหอบหืดมาก่อน

2.2.5 มีประวัติโรคทางจิตเวช มีการใช้ยาระงับประสาท (sedative) เป็นประจำ นอกจากนี้ยังมีการตรวจอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อที่จะประเมินความรุนแรง

1. การทดสอบสมรรถภาพของปอด (pulmonary function test)

1.1 เพื่อประเมินภาวะอุดกั้นของหลอดลมหลังจากได้รับขยายหลอดลมซึ่งในผู้ป่วยโรคหอบหืดควรจะมีค่าการวัดปริมาตรของลมที่เร้าเป่าออกมาให้เร็วและแรงที่สุด (forced expiratory volume in one second :FEV1) ในกรณีที่วัดด้วย spirometer หรือค่าการวัดปริมาตรของลมหายใจเข้าเต็มที่แล้วเป่าลมออกอย่างแรงและเร็วที่สุด (peak expiratory flow :PEF) ในกรณีที่วัดด้วย peak flow meter เพิ่มมากกว่าร้อยละ 15 หลัง ได้รับการรักษาด้วยขยายหลอดลม

1.2 เพื่อประเมินค่าความผันผวน (peak flow variability) โดยการวัด peak flow meter ซึ่งถ้ามีค่ามากกว่าร้อยละ 20 จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคหอบหืด

1.3 การตรวจความไวของหลอดลมต่อ methacholine หรือ histamine

2. การตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (pulse oximetry) ซึ่งสามารถใช้ประเมินความรุนแรง และใช้ติดตามการรักษา โดยการแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) มีเป้าหมายเพื่อให้ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดส่วนปลาย (pulse oxygen saturation : SpO₂) มากกว่าหรือเท่ากับ 92 เปอร์เซ็นต์

3. การตรวจค่าก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas)

4. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest X-ray) ไม่จำเป็นที่จะต้องถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย ควรทำในกรณีที่สงสัยภาวะอื่นๆ ร่วมด้วยเช่นมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ปอดบวมน้ำ มีอาการหอบมาก หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา

5. การเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรทำการติดตามการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุ

6. การตอบสนองต่อการรักษา การติดตามการเปลี่ยนแปลงของค่า peak expiratory flow:PEF หรือ forced expiratory volume ที่ 1 วินาที :FEV1 ภายหลังการรักษาเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีในการประเมินการตอบสนองต่อการรักษา

การรักษา

การรักษาควรริบทำทันทีพร้อมกับการประเมินความรุนแรงของโรค เป้าหมายของการรักษาภาวะหอบหืดเฉียบพลันประกอบด้วย การทำให้ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงเพียงพออย่างต่อเนื่อง การทำให้ภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจดีขึ้น การลดการอักเสบของทางเดินหายใจและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การพยาบาล มีดังนี้

1. ประเมินความรุนแรงของโรค ประกอบด้วย

1.1 การหายใจ ลักษณะการหายใจลำบาก หายใจตื้น จังหวะไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจเร็ว เสียง breath sound decrease และเสียง wheezing ดังมาก อาการเหล่านี้เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

1.2 ซีฟจรและความดันโลหิต ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความผิดปกติที่รุนแรง เช่น ซีฟจรเบาเร็วมากและไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตต่ำลงเรื่อยๆ

1.3 ระดับความรู้สึกตัว เช่น สับสน ซึม เป็นต้น

1.4 อาการเขียวคล้ำ (cyanosis) ปลายมือ ปลายเท้า ส่งตรวจและติดตามผล arterial blood gas

2. การบริหารยาและสารน้ำตามแผนการรักษา

3. การพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและป้องกันภาวะอันตราย

3.1 พยายามไม่ให้ผู้ป่วยออกแรงและเหนื่อยเกินไปในระหว่างจับหืด โดยช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ และไม่ต้องพูดคุยในสิ่งที่ไม่จำเป็น

3.2 จัดทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้สะดวก เช่น ให้ออกซิเจนสูง หรือฟุบบนโต๊ะล้อมเตียง ให้ออกซิเจน ส่วนใหญ่ให้ทาง nasal cannula 4-5 ลิตรต่อนาที

3.3 ในขณะหอบ สอนให้ผู้ป่วยหายใจออกโดยเป่าลมออกทางปากช้าๆ และคอยให้กำลังใจ

3.4 สังเกตอาการของการติดเชื้อ ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

3.5 รักษาทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะให้มีประสิทธิภาพ

3.6 บันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที หรือ 1 ชั่วโมงในระยะวิกฤต

3.7 เตรียมพร้อมที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว หรือเกิดภาวะวิกฤต เช่น ต้องใส่ท่อหลอดลมคอ ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

4. การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง โดยการแนะนำ

4.1 งดสูบบุหรี่ ไม่อยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ หลีกเลียงจากควันต่างๆ ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ และไม่อยู่ในที่แออัด

4.2 ออกกำลังกายสม่ำเสมอตามความสามารถ

4.3 การใช้ยาอย่างถูกวิธี และต่อเนื่อง ยาสูด ยารับประทาน เป็นต้น

4.4 ผ่อนคลายความเครียด เช่น ทำงานอดิเรกที่ชอบ

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ใช้กรอบแนวคิดของสมาคมวินิจัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ในการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจัยการพยาบาล และการประเมินการพยาบาล

2. ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง (self-care)

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคหอบหืดเป็นโรคปอดที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจแต่กลับเป็นปกติได้ ซึ่งท่อหลอดลมที่หดเกร็งแคบลงจะเปลี่ยนแปลงความรุนแรงได้ระยะเวลาอันสั้น โดยเป็นไปเองหรือเกิดจากการรักษาพวกกล้ามเนื้อเรียบและต่อมเยื่อเมือกของหลอดลมและหลอดลมฝอยจะเพิ่มการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ผู้ป่วยบางคนเป็นชนิดที่ไม่รุนแรง และมีอาการนานๆ ครั้งเท่านั้น ในขณะที่บางคนอาจเป็นชนิดที่เรื้อรังและรุนแรง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดมานานหลายปีอาจจะเกิดโรคแทรก ถุงลมโป่งพอง (emphysema) หัวใจวายจากโรคปอด (corpulmonale) หลอดลมอักเสบ (bronchitis) หลอดลมพอง (bronchiectasis) เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของปอดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการจับหืด ผู้ป่วยโรคหอบหืดในระหว่างที่ไม่เกิดจับหืดนั้นส่วนมากปอดมักจะปกติ ส่วนหน้าที่ของปอดในระหว่างการจับหืดนั้นจะผิดปกติไปอย่างมาก ภาวะหอบหืดเฉียบพลันเป็นภาวะหนึ่งที่น่าผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การมีแผนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและลดอัตราการกำเริบได้ในทางตรงกันข้าม การดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด พยาบาลมีบทบาทสำคัญเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะเรื่องโรค มีการประเมินก่อนสู่ภาวะวิกฤต มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนความสามารถในการประเมินความต้องการดูแลตนเองของสภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ และสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติ กลับไปอยู่ในสังคมและครอบครัวอย่างมีความสุข

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัย แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยจากตำรา เอกสารวิชาการและ อินเทอร์เน็ต
2. ศึกษารวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโดยละเอียด จากการสอบถามญาติ จากแฟ้มประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินและวิเคราะห์อาการเพื่อค้นหาปัญหาก่อนวางแผนให้การพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหา ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยและประเมินผลหลังให้การพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้าย
3. เรียบเรียงเนื้อหาภาคทฤษฎี และกรณีศึกษาเฉพาะราย
4. นำข้อมูลทั้งหมด มารวบรวมเป็นเอกสาร นำปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบ ทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของงาน และความตรงของเนื้อหา
5. ตรวจสอบก่อนพิมพ์ และหลังพิมพ์

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างท้วม อายุ 58 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพค้าขาย ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร มีประวัติเป็นโรคหอบหืด(asthma) 1ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง รับผู้ป่วยไว้รักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2550 เวลา 03.00 นาฬิกา เลขที่ผู้ป่วยนอก 62962/38 เลขที่ผู้ป่วยใน 24266/50 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะสีขาว มีไข้ต่ำ ๆ ไม่มีน้ำมูก ไม่ได้ไปพบแพทย์ ต่อมารู้สึกเหนื่อย มีหอบเหนื่อยมากขึ้น พ่นยา ventolin MDI ไม่ได้จึงมาโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2550 เข้ารับการตรวจที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินแพทย์ตรวจร่างกายฟังปอดมีเสียงวี๊ด ได้รับยาพ่น ventolin และฉีดยา dexamethasone อาการดีขึ้น แพทย์ให้ยากลับไปพ่นและรับประทานที่บ้าน วันที่ 24 ตุลาคม 2550 อาการยังไม่ดีขึ้น ยังมีหอบเหนื่อยจึงมาโรงพยาบาลเวลา 20.00 นาฬิกา เข้ารับการตรวจที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการไอ หอบเหนื่อย หายใจเร็ว เหงื่อออก กระสับกระส่าย วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย ได้ 92 เปอร์เซ็นต์ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 124 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/70 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงปอดมีเสียงวี๊ดทั้ง 2 ข้าง แพทย์วินิจฉัยโรค ขั้นต้นเป็นโรคหอบหืดที่มีอาการเฉียบพลัน(Asthmatic attack) ได้ให้แผนการรักษาทันทีโดยให้ยา ventolin พ่นและให้พ่นซ้ำอีก ทุก 4 ชั่วโมง ให้ dexamethasone 8 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำนอนสังเกตอาการอยู่ที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ต่อมาเวลา 01.00น. วันที่ 25 ตุลาคม 2550 ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้น อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาทีให้ออกซิเจนทางจมูก (nasal cannula) 5 ลิตรต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย ได้ 88เปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงใส่ท่อหลอดลมคอและส่งผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยรักษาต่อในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลที่หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม วันที่ 25 ตุลาคม 2550 เวลา 03.00 นาฬิกา ประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี แขน ขา สามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ ใส่ท่อหลอดลมคอ เบอร์ 7.5 ตำแหน่งที่ 20 เซนติเมตร ต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจระบบ A/C mode อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที tidal volume 500 มิลลิลิตร peak flow 50 ลิตรต่อนาที ออกซิเจน 40 เปอร์เซ็นต์ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย ได้ 98 เปอร์เซ็นต์ อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะการหายใจล้มเหลว ให้การพยาบาล โดย

ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานเป็นปกติ ช่วยเหลือแพทย์ปรับเครื่องช่วยหายใจให้สอดคล้องกับสภาพปอดของผู้ป่วย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะปอดแตก ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเอง หรือเกิดจากการปรับเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ให้ข้อมูลและแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เฝ้าระวังและบันทึกลักษณะการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย ได้ 97-100 เปอร์เซ็นต์ ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา ให้ผู้ป่วยช่วยพลิกตะแคงตัว ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะได้เสมหะสีขาวขุ่น ฟังเสียงปอดมีเสียงวี๊ดที่ปอดทั้งสองข้าง ฟันยา berodual 1 tube ทุก 2 ชั่วโมง ไม่พบอาการกระสับกระส่าย มึนงง หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อเป็นตะคริว หลังให้ยา สลับกับ ventolin 1 tube ฟัน ทุก 2 ชั่วโมง ไม่พบอาการปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว เกิดตะคริวที่กล้ามเนื้อ หลังให้ยา ฟังเสียงปอดหลังฟันยาเสียงวี๊ดลดลง ให้ยา dexamethasone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ไม่พบอาการปวดศีรษะ อาการชัก หัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ หลังให้ยา ผู้ป่วยไม่มีภาวะหอบเหนื่อย วันที่ 30 ตุลาคม 2550 ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ฟังเสียงปอดปกติ ความสามารถในการหายใจเท่ากับ 62 ครั้งต่อนาทีต่อมิลลิเมตร (Rapid Shallow Breathing Index : RSBI) ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ (ค่าปกติน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาทีต่อมิลลิเมตร) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ให้ผู้ป่วยฝึกหายใจโดยใช้ออกซิเจนอย่างเดียว (T-piece) เป็นเวลา 2 ชั่วโมง สังเกตการหายใจ ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย ได้ 98-100 เปอร์เซ็นต์ ช่วยแพทย์ในการถอดท่อหลอดลมคอ เฝ้าระวังการหายใจ การแลกเปลี่ยนก๊าซหลังถอดท่อหลอดลมคอ ผู้ป่วยหายใจเองโดยใช้ออกซิเจน mask with bag flow 8 ลิตรต่อนาที ไม่มีอาการหอบเหนื่อย เปลี่ยนการให้ออกซิเจนเป็นทาง nasal cannula flow 3 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 16-22 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 82-90 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย ได้ 97-100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิของร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC 7700 cells/cu.mm. PMN 87 เปอร์เซ็นต์ lymphocyte 9 เปอร์เซ็นต์ มีเสมหะสีขาวขุ่น เก็บเสมหะส่งตรวจ gram stain ผลเป็น gram positive cocci few ให้การพยาบาลโดย วัดอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง สังเกตลักษณะสีและปริมาณของเสมหะส่งตรวจตามแผนการรักษาและติดตามผล เปลี่ยนชุดอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจทุก 3 วัน หรือเมื่อสกปรกก่อนถึงเวลาเปลี่ยน จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ทำความสะอาดช่องปากทุก 8 ชั่วโมง ให้ยา ceftriaxone 2 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ฉีด 10 วัน ไม่พบอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผื่นคัน หลังให้ยา ยา azithromycin 250 มิลลิกรัม รับประทาน 2 เม็ด วันละครั้งก่อนอาหารเช้า รับประทาน 5 วัน โดยหลังการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีอุณหภูมิของร่างกาย 36.7-37.2 องศาเซลเซียส ผลตรวจเสมหะเพาะเชื้อไม่พบเชื้อ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ต้องนอนและทำกิจกรรมบนเตียง ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้การพยาบาล

โดยช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำความสะอาดปากฟันและทำความสะอาดร่างกายดูแลให้อาหารทางสายยางอาหารปั่นผสม อัตราส่วน 1.5:1 ปริมาณ 300 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อ เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ประเมินการย่อยอาหารของผู้ป่วยปกติ ไม่พบปริมาณอาหารเหลือค้าง ดูจากปริมาณอาหารที่เหลือจากมือที่แล้ว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจกรรมที่ทำได้เอง เช่น พลิกตะแคงตัว ออกกำลังกายโดยการกำมือสลับแบมือทั้งสองข้าง ยกแขนและขาทั้งสองข้างขึ้นลงผู้ป่วยสามารถถอดท่อหลอดลมคอได้วันที่ 30 ตุลาคม 2550 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้บนเตียงด้วยตนเอง เช่น ทำความสะอาดปากฟัน รับประทานอาหารได้เอง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยต้องใส่ท่อหลอดลมคอและเข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ให้การพยาบาล โดยแนะนำตัว แนะนำสถานที่ แนะนำการเข้าเยี่ยมของญาติ แจ้งอาการ แนวทางการรักษาที่เป็นปัจจุบันให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ติดต่อประสานงานให้พูดคุยอาการ แผนการรักษากับแพทย์ ให้ความมั่นใจในการได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญอย่างใกล้ชิด แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อรักษาอยู่ในหออภิบาลกับผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือและยอมรับการรักษาพยาบาลด้วยดี ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยย้ายไปอยู่ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ อธิบายวิธีการปฏิบัติตัว ให้หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในระบบทางเดินหายใจ เช่น บุหรี่ ฝุ่นละออง และควันต่างๆ หลีกเลี่ยงการใช้ที่นอน หมอน ผ้าห่ม เฟอร์นิเจอร์ที่ทำด้วยนุ่นหรือเป็นขนๆ ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ควรห่อหุ้มด้วยวัสดุกันไรฝุ่น ซักผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่มอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด รักษาความสะอาดของปากฟันรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ไอมีเสมหะ มีไข้ เจ็บคอ ควรหาทางป้องกันหรือผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น ทำงานอดิเรกที่ชอบ ออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ อย่าหักโหม นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้ถูกต้อง

ประโยชน์ที่ได้รับ

ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลและวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตราย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาล ศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดเป็นเวลา 7 วัน และติดตามเยี่ยมจำนวน 2 ครั้ง พบว่าปัญหาทั้งหมด 5 ข้อ 1.) ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะการหายใจล้มเหลว 2.) ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน 3.) ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง 4.) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย 5.) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ พยาบาลได้ให้การดูแลจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต และปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วย

สามารถกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 17 วัน แพทย์นัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามที่หน่วยทางเดินหายใจ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2550 เวลา 10.00นาฬิกา

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งผลลัพธ์ทางการแพทย์ดีขึ้น
2. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางสำหรับผู้ที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษา

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหอบหืด ปัญหาที่สำคัญลำดับแรก คือ ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลันเนื่องจากภาวะหอบหืดที่รุนแรงจนไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จำเป็นที่ผู้ดูแลต้องมีความชำนาญ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการหอบรุนแรงเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และได้รับยาพ่นขยายหลอดลมได้อย่างทันทั่วทั้งที่ นอกจากนี้ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความชำนาญ และประสบการณ์ในการปรับเครื่องช่วยหายใจให้สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วย ก่อนที่แพทย์จะมาถึงเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการหอบ และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อแพทย์มาถึง ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ไม่เหมาะสม ที่สำคัญคือภาวะปอดแตกโดยการบันทึก peak air way pressure ไม่เกิน 40 เซนติเมตรน้ำ การเตรียมผู้ป่วยโดยการสอนการหายใจหลังการถอดเครื่องช่วยหายใจ จะช่วยทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจประสบความสำเร็จโดยไม่ต้องใส่ใหม่

ปัญหาสำคัญลำดับที่สอง คือ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคเนื่องจากความรุนแรงของโรคทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเข้าไปให้การช่วยเหลือ อธิบายและแนะนำถึงสาเหตุของการเกิดโรค แผนการรักษาที่ได้รับเป็นระยะๆ ให้กำลังใจ ปลอบโยนเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลได้

ปัญหาสำคัญลำดับที่สาม คือ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการอธิบายวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำให้หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในระบบทางเดินหายใจ เช่น บุหรี่ ฝุ่นละออง และควันต่างๆ หลีกเลี่ยงการใช้ที่นอน หมอน ผ้าห่ม เฟอร์นิเจอร์ ที่ทำด้วยนุ่นหรือเป็นขนๆ ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ควรห่อหุ้มด้วยวัสดุกันไรฝุ่น ชักผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด รักษาความสะอาดของปากฟันทรีมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ไอมีเสมหะ มีไข้ เจ็บคอ ควรหาทางป้องกันหรือผ่อนคลายนความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น ทำงานอดิเรกที่ชอบ ออกกำลังกายเป็นประจำโดยการ เดินเร็ว วิ่งเหยาะ โดยไม่ให้ออกกำลังกายหนักเกินไปนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน

10. ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการรุนแรงไม่สามารถหายใจเองได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความชำนาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหอบรุนแรงเพื่อให้ได้ออกซิเจนอย่างเพียงพอและได้รับยาพ่นขยายหลอดลมได้อย่างทันที่ซึ่งสามารถปรับเครื่องช่วยหายใจให้สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนที่แพทย์จะมาถึง และต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ไม่เหมาะสม

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)ศิริพร ถาวร.....

(นางศิริพร ถาวร)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 13 กรกฎาคม 2553

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

13 ก.ค. 2553

(ลงชื่อ).....

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

13 ก.ค. 2553

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางศิริพร ถาวร**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 547) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

เรื่อง แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อค็อกซา CRAB ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

หลักการและเหตุผล

เชื้อ หมายถึง เชื้อจุลินทรีย์ซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิตที่มีขนาดเล็ก ได้แก่ ไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา พยาธิ และ โปรโตซัว จุลินทรีย์ ส่วนมากมองด้วยตาเปล่าไม่เห็น ยกเว้นเชื้อราบางชนิด และพยาธิ เป็นที่ทราบกันดีว่าจุลินทรีย์มีทั้งเป็นประโยชน์แก่มนุษย์ และที่เป็นโทษ จุลินทรีย์ที่เป็นโทษในลักษณะที่ก่อให้เกิดโรคในมนุษย์โดยเน้นจุลินทรีย์กลุ่มแบคทีเรีย ก่อโรคซึ่งเป็นที่รู้จักและมีการศึกษาถึงมานาน ตัวอย่างที่พบในชีวิตประจำวัน เช่น แบคทีเรียกลุ่มที่ทำให้เกิดการติดเชื้อผิวหนัง ฝีหนอง แบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินอาหารทำให้เกิดการท้องร่วง คลื่นไส้ อาเจียน แบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะส่วนนี้ เช่น การเกิดคอแดง เจ็บคอ เป็นต้น การก่อให้เกิดโรคเหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาที่ เชื้อก็อาจก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากจนผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้

การดื้อยา หมายถึง ภาวะที่เชื้อโรคสามารถทนทานต่อฤทธิ์ของยาซึ่งเคยใช้ได้ผลมาก่อน ส่วนใหญ่การดื้อยาเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเชื้อโรค ทำให้มันกลายพันธุ์เป็นชนิดที่สามารถทนทานต่อยาได้ โดยทั่วไปเชื้อโรคซึ่งดื้อต่อยาปฏิชีวนะตัวใดตัวหนึ่งมักจะทำให้ดื้อต่อยาปฏิชีวนะอื่นที่อยู่ในประเภทเดียวกัน หรือมีสูตรโครงสร้างคล้ายคลึงกัน ซึ่งทำให้จำเป็นต้องเปลี่ยนไปใช้ยาปฏิชีวนะประเภทอื่น หรือมีสูตรโครงสร้างต่างออกไป สถานการณ์เชื้อโรคดื้อยาในประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยพบว่าขณะนี้เชื้อแบคทีเรียหลายชนิดดื้อยาแบบหลายตัว (MDR-multidrug resistance) และบางตัวดื้อยาทุกชนิด ทำให้ปัจจุบันพบโรคที่รักษาไม่ได้เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้ ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระบุว่ามิเชอแบคทีเรียที่มีการดื้อยาสูงขึ้น ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด คือ เชื้อ *acinetobacter baumannii* ซึ่งเป็นเชื้อฉวยโอกาสที่มีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยการนำอุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าไปในร่างกายแล้วเกิดการติดเชื้อที่ผิวหนัง จากการสำรวจทั่วประเทศไทยในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา คือ ตั้งแต่ปี 2541-2551 เชื้อแบคทีเรีย *acinetobacter baumannii* พบอัตราการใช้ยา carbapenam ซึ่งเป็นกลุ่มของยาปฏิชีวนะที่มีคุณภาพสูง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2.1 เป็น ร้อยละ 57.8 นอกจากนี้ จากการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ ยัง

พบว่า เริ่มมีการดื้อยาหลายชนิดพร้อมกันเพิ่มขึ้น ทำให้ยากต่อการรักษา (ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2009)

CRAB (Carbapenam Resistant Acinetobacter Baumannii) เป็นแบคทีเรียชนิด acinetobacter baumannii ที่ดื้อยาต่อยา carbapenam acinetobacter เป็นแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานๆ ผู้ป่วยหนักหรือผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดจาก เชื้อ A. baumannii เพิ่มมากขึ้นและเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากเชื้อส่วนใหญ่ดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิด โดยเฉพาะกลุ่ม carbapenam ซึ่งเป็นยาทางเลือกที่สำคัญในการรักษา ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เชื้อ A. baumannii เกิดการระบาดและยากต่อการควบคุมคือการที่เชื้อนี้สามารถทนอยู่ในสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้นานทั้งในที่แห้งและที่เปียกชื้น อัตราการปนเปื้อนและการแพร่กระจายของเชื้อ CRAB ในผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยของวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยรวมมีผู้ป่วย ร้อยละ 36.7 ที่พบสิ่งแวดล้อมอย่างน้อยหนึ่งชนิดปนเปื้อน เชื้อ CRAB สายพันธุ์เดียวกันกับผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าการแพร่กระจายของเชื้อ CRAB ระหว่างผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อม การล้างมือ มาตรการป้องกันทางการสัมผัส และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เป็นมาตรการสำคัญเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ CRAB (อุราภรณ์ ภูมิสถานติพงศ์,2009) ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปี2552 พบการติดเชื้อ Ventilator Associated Pneumonia : VAP มีเชื้อ CRAB ร้อยละ33 และพบการติดเชื้อ Catheter Associated Urinary Tract Infection : CAUTI มีเชื้อ CRAB ร้อยละ 18 เมื่อเกิดการติดเชื้อดื้อยา CRAB ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น เชื้อดื้อยา CRAB สามารถแพร่กระจายจากผู้ป่วยไปสู่สิ่งแวดล้อมได้ ถ้าไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ อาจทำให้ผู้ป่วยรายอื่นได้รับเชื้อด้วย ถ้าเราสามารถป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อได้ จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และลดอัตราการเสียชีวิต จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้จัดทำแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา CRAB ในหออภิบาลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

อัตราการเกิดการติดเชื้อดื้อยา CRAB ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมลดลง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

เชื้อดื้อยาในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เหตุเกิดจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากเชื้อดื้อยามักเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมาอีกมาก เช่น ทำให้อัตราป่วยและตายสูงขึ้น ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และอาจไม่หายจากโรค เป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของผู้ป่วยและโรงพยาบาล และหากไม่มีการแก้ไขปัญหาที่ดีพอ จะทำให้เกิดโรคติดเชื้อที่รักษาไม่ได้ มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งก่อให้เกิดความ

ยากลำบากแก่แพทย์ในการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากยาปฏิชีวนะส่วนใหญ่ที่ราคาถูกกำลังใช้รักษาโรคติดเชื้อจากแบคทีเรียไม่ได้ผล จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะราคาแพงและหายาก จากการศึกษาของ Waren DK, Fraer VJ, ในการควบคุมเชื้อคือยาพบว่า การล้างมืออย่างเพียงพอ การแยกผู้ป่วย การใช้เครื่องป้องกันร่างกาย เป็นสิ่งจำเป็นที่จะควบคุมเชื้อคือยาใน ICU (Waren DK, Fraer VJ, 2001)

จากการพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อคือยา CRAB ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมบ่อย ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวนานขึ้นและยาปฏิชีวนะที่ใช้มีผลข้างเคียงต่อระบบไตมาก ส่วนที่มีผลข้างเคียงต่อระบบไตน้อย มีราคาค่อนข้างแพง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จึงได้หาแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อคือยา CRAB ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

แนวทางปฏิบัติ

1. เมื่อพบผู้ป่วยเชื้อคือยา CRAB ให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบ
2. แยกผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแยกหรือจัดแยกไว้ส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยและแขวนป้าย Contact precautions
3. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยด้วยสบู่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือน้ำยาล้างมือแห้ง ไม่ว่าจะสวมถุงมือหรือไม่ก็ตาม
4. สวมถุงมือ เมื่อต้องสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย
5. สวม mask สวม gown ในกรณีทำการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดหรือเมื่ออาจมีเลือด สารคัดหลั่ง กระเด็นเปื้อนเสื้อผ้า
6. แยกของใช้ทุกชนิดออกจากผู้ป่วยอื่น ได้แก่ เครื่องวัดความดัน Stethoscope ปอดควัดไข้ ขวดตวง ปัสสาวะ ฯลฯ
7. ทำความสะอาดเตียง สิ่งแวดล้อมและของใช้ผู้ป่วยด้วยน้ำผสมผงซักฟอก เช็ดตามด้วย 0.5% Sodiumhypocholite ทิ้งไว้ 15-20 นาที แล้วเช็ดตามด้วยน้ำสะอาดอีกครั้งทุกวัน
8. ผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย ให้แยกเป็นผ้าติดเชื้อโรค
9. ในกรณีมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วย หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 9.1 แจ้งเจ้าหน้าที่ศูนย์แปลหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ทราบว่าผู้ป่วยมีเชื้อคือยา
 - 9.2 แจ้งหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยต่อ ให้ทราบว่าผู้ป่วยมีเชื้อคือยา
 - 9.3 กรณีมีเชื้อคือยาที่ตำแหน่งแผลให้ปิดคลุมแผล และบริเวณอื่นที่เป็นแหล่งของเชื้อให้มิดชิดก่อนส่งผู้ป่วย
 - 9.4 ผู้สัมผัสผู้ป่วยในระหว่างการเคลื่อนย้าย (เจ้าหน้าที่ศูนย์แปลหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงาน) ล้างมือด้วยสบู่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำยาล้างมือแห้งทุกครั้งหลังจากรับ-ส่งผู้ป่วย และพิจารณา สวมถุงมือ สวมmask สวมgown ตามความเหมาะสม

9.5 อุปกรณ์เกี่ยวกับการนำส่งผู้ป่วยทุกชนิดให้ทำความสะอาดเช่นเดียวกับเตียงผู้ป่วย (ข้อ 7)

ส่วนที่เป็นผ้าให้เปลี่ยนทุกครั้งหลังใช้กับผู้ป่วยแต่ละราย

นำแนวทางปฏิบัติ เสนอในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยอนุมัติให้ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลผลเพาะเชื้อที่พบเชื้อ CRAB ทุกเดือนเพื่อประเมินผลหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายและป้องกันการติดเชื้อคือยา CRAB ในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในหออภิบาล ผู้ป่วยอายุรกรรม
2. ลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย
3. หน่วยงานได้พัฒนาศักยภาพในการให้การพยาบาล
4. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการกระจายของเชื้อคือยา CRAB
5. สามารถนำความรู้ที่ได้ศึกษาเผยแพร่ยังหน่วยงานและผู้สนใจ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเกิดการติดเชื้อคือยา CRAB ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมลดลง $\geq 10\%$

(ลงชื่อ)ศิริพร ถาวร.....

(นางศิริพร ถาวร)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 13 กรกฎาคม 2553