

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เสนอโดย

นางสาวสุกัญญา เจริญทนต์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 148) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ

สำนักงานแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เสนอโดย

นางสาวสุกัญญา เจริญทนต์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 148) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 12 วัน (ตั้งแต่วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความหมาย (อรุณวรรณ พุทธิพันธุ์, 2549 : 530)

ภาวะการหายใจล้มเหลว หมายถึง การที่ระบบหายใจไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เป็นผลให้มีภาวะพร่องออกซิเจน และมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์

สาเหตุ(อรุณวรรณ พุทธิพันธุ์, 2549 : 532)

1. การติดเชื้อในทางเดินอากาศ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเหล่านี้จะมีอาการไอ และเหนื่อยมากขึ้น ลักษณะของเสมหะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองหรือสีเขียว ในกรณีปอดอักเสบจะพบเงาผิดปกติในภาพรังสีทรวงอก

2. ภาวะถุงลมแตกเข้าช่องปอด พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชนิดถุงลมโป่งพองโดยมีอาการที่สำคัญ คือ เจ็บหน้าอกและเหนื่อยอย่างเฉียบพลัน

3. พัลโมนารีรี่ เอ็มโบลีสม มักเกิดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ค่อยชอบมีกิจกรรม อาการที่สำคัญคือ เหนื่อยหอบเฉียบพลันมีภาวะเลือดขาดออกซิเจน

4. การใช้ยาเสพติดและยานอนหลับ มีฤทธิ์กดศูนย์หายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจล้มเหลวได้ง่าย

อาการและอาการแสดง(ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุลและดุสิต สถาวร , 2549 : 530)

ผู้ป่วยมีอาการเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน คือ หายใจเร็วกว่า 35 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นเร็วกว่า 120 ครั้ง/นาที เหงื่อออกมาก สับสน หรือซึมลงได้ อาจมีอาการเขียวรอบริมฝีปาก เขียวตามปลายมือปลายเท้า ผู้ป่วยมักต้องใช้แรงมากกว่าปกติในการหายใจ กระบังลมจะอ่อนล้าลงเรื่อย ๆ ถ้าปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ ไป โดยได้รับการช่วยเหลือไม่ทันท่วงที ผู้ป่วยซึมลงหายใจช้าลงจนหยุดหายใจ

การวินิจฉัยโรค(ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุลและดุสิต สถาวร , 2549 : 532)

1. การซักประวัติความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือสาเหตุทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ได้แก่ หายใจลำบาก ลักษณะของการไอ เสมหะ มีไข้ โรคปอด เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืด

2. การตรวจร่างกาย พบมีอาการเหนื่อยหอบ ฟังเสียงลมหายใจได้ยินเสียงเสมหะ เสียงหวีด เสียงกรอบแกรบ อาการเขียว ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะเลือดขาดออกซิเจน

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง พบว่า PaO₂ ต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท และ PaCO₂ สูงกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ช่วยบอกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว

การรักษา(ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุลและดุสิต สถาวร , 2549 : 537)

1. การรักษาจำเพาะต่อสาเหตุ เช่น การให้ยาขยายหลอดลมคอร์ติโคสเตียรอยด์ รักษาภาวะหลอดลม

บิเบอริงในผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การให้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ

2. การให้ออกซิเจนเพื่อพุงความดันออกซิเจนในเลือดแดงให้กลับสู่ระดับปกติหรือเกือบปกติ โดยที่ไม่ทำให้ภาวะคั่งคาร์บอนไดออกไซด์และความผิดปกติของภาวะกรด - ด่างในเลือดเลวลง

3. การใช้เครื่องช่วยหายใจ กรณีที่ผู้ป่วยรักษาด้วยออกซิเจนแล้วไม่ได้ผล การใช้เครื่องช่วยหายใจจะทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนมากขึ้น

การพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552 : 285 - 289)

1. หลักในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้มีการระบายอากาศเพียงพอ เช่น ดูดเสมหะ จัดทำให้อุณหภูมิร่างกายได้สะดวก โดยนอนศีรษะสูง 30-40 องศา หรือนอนตะแคง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา และในบางรายแพทย์อาจให้ยาพวก สเตียรอยด์ร่วมด้วย เพราะเชื่อว่าจะสามารถช่วยขยายหลอดลม ลดอาการบวม และการอักเสบของทางเดินหายใจได้ นอกจากนี้ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ได้รับอาหารเพียงพอ ดูแลให้พักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ทนันชัย บุญบุรพงค์, 2552 : 444 - 451)

2.1 การเตรียมเครื่องช่วยหายใจ โดยตรวจสอบการทำงานของเครื่องให้พร้อมใช้งานและชุดช่วยหายใจต้องผ่านการทำให้ปลอดเชื้อแล้ว ตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ถูกต้องเหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยและคำสั่งการรักษา เตรียมเครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความดันโลหิตและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นเมื่อเกิดการขัดข้องของกระแสไฟฟ้า เช่น ชุดช่วยหายใจชนิดมือบีบพร้อมถุงเก็บอากาศ

2.2 การดูแลขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความจำเป็นและข้อควรระวังต่าง ๆ ขณะใช้เครื่อง ดูแลให้มีออกซิเจนและการระบายอากาศที่เพียงพอ โดยติดตามผลตรวจค่าก๊าซในเลือดแดง ฟังเสียงลมเข้าปอดสองข้างว่าเท่ากันหรือไม่ การดูดเสมหะจะต้องทำอย่างระมัดระวัง ทำอย่างถูกวิธีและทำเมื่อจำเป็นเท่านั้น ดูแลท่อช่วยหายใจระมัดระวังไม่ให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ใส่ความดันในกระเปาะของท่อช่วยหายใจให้มีความดันในกระเปาะ 20 - 30 เซนติเมตรน้ำ บันทึกที่เป็นเวชระเบียนเพื่อแสดงความก้าวหน้าของโรค ติดตามและบันทึกค่าก๊าซในเลือดแดง อิเล็กโทรลัยท์ ระดับน้ำตาลในเลือดและการตรวจทางโลหิตวิทยา นอกจากนี้ควรดูแลและลดภาวะเครียดทางอารมณ์และจิตใจ ส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลสุขอนามัยทั่วไป ป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ผู้ป่วยตกเตียง ท่อช่วยหายใจหลุด จัดทำนอนตะแคงกึ่งหงายกึ่งคว่ำช่วยให้ลดการคั่งและทำให้ การระบายเสมหะดีขึ้น ช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละครั้ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น การติดเชื้อ ปอดแฟบ ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ลมใต้ผิวหนัง ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น

2.3 การหย่าผู้ป่วยออกจากเครื่องช่วยหายใจ เป็นวิธีการที่เปลี่ยนกลับจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมาเป็นผู้ป่วยหายใจเอง โดยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจควรประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้แบบการประเมินสภาพผู้ป่วย และข้อบ่งชี้ที่สำคัญคือโรคและสาเหตุที่ทำให้ใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการแก้ไข

อธิบายแผนการรักษาและขั้นตอนในการหยาเครื่องช่วยหายใจเพื่อลดความวิตกกังวล ควรเริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจ
ในตอนเช้าหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่แล้ว ในระหว่างการดำเนินการหยาเครื่องช่วยหายใจควรจัดให้ออน
ในท่านั่งศีรษะสูง อยู่เป็นเพื่อนเพื่อลดความวิตกกังวล ฝ้าติดตามวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินผล ถ้ามีอาการและ
อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงแสดงถึงความไม่พร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจให้ยุติการหยาเครื่องในวันนั้นแล้ว
กลับไปใช้วิธีการหายใจและรูปแบบเดิมก่อนหยาเครื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องได้สำเร็จแพทย์เป็นผู้
ผู้ตัดสินใจในการถอดท่อช่วยหายใจซึ่งผู้ป่วยควรงดอาหารทางปากทุกชนิดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เตรียมอุปกรณ์
สำหรับให้ออกซิเจน และสังเกตอาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดภายหลังจากการถอดท่อช่วยหายใจ

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546 : 12 - 13)

1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน
2. โครงสร้างองค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในกรณีศึกษา ได้แก่
ทฤษฎีการดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง
3. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินการ : โดยค้นหาข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและ
กรอบแนวความคิดทางการพยาบาล จากตำรา งานวิจัย

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ
ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดนครปฐม

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2550

วันที่จำหน่าย วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2550

การวินิจฉัยโรค ภาวะการหายใจล้มเหลวจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

อาการสำคัญ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยหอบมาก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 2 ปี รักษาเมื่อมีอาการ

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวมี 4 คนทุกคนมีสุขภาพแข็งแรงดี

ปฏิเสธโรคทางกรรมพันธุ์

การตรวจร่างกาย หายใจโดยผ่านทางท่อหลอดลมคอ ปอดทั้ง 2 ข้างมีเสียงหวีด ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบหัวใจขนาดปานกลาง มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดด้านขวาเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 218/120 มิลลิเมตรปรอท

2. โภชนาการและการเผาผลาญ ในภาวะปกติรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารได้ทุกชนิด แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เหมือนปกติ

3. การขับถ่าย ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้งตอนเช้าทุกวัน ปัสสาวะวันละ 4-6 ครั้ง ไม่มีแสบขัด

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย ภาวะปกติช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้

5. การพักผ่อนนอนหลับ ภาวะปกตินอนวันละ 6-8 ชั่วโมง

6. ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ รู้สึกตัวดี สื่อสารโต้ตอบได้ตามปกติโดยการเขียน

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย และยอมรับการรักษา

8. บทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรักใคร่ปรองดองกันดี ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และปรึกษาหารือเมื่อมีปัญหา

9. เพศและการเจริญพันธุ์ ไม่มีความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด เป็นคนใจเย็น ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นและมีเหตุผลที่ดีในการแก้ปัญหา

11. ด้านคุณค่าและความเชื่อทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติคิดว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ทำให้ทุเลาลง สามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวไป

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้เสนอขอเป็นผู้ปฏิบัติทั้งหมดทุกขั้นตอน 100%

จากกรณีศึกษาผู้ป่วย ชายไทยอายุ 66 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ หายใจเหนื่อยมาก 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล จากการตรวจร่างกายและการซักประวัติ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคภาวะการหายใจล้มเหลว จากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และรับตัวเข้ารักษาในโรงพยาบาลในวันที่ 14 กันยายน พ.ศ.2550 จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 25 กันยายน พ.ศ.2550 เวลา 15.00 นาฬิกา

การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

จุดประสงค์ของการพยาบาล

ผู้ป่วยหายใจมีประสิทธิภาพและไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาและสังเกตการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ
2. ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งอยู่เสมอ ดูคเสมหะทุกครั้งที่มีเสมหะ
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา
4. เจาะเลือดส่งตรวจค่าก๊าซในเลือดแดงและติดตามผลรายงานแพทย์
5. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง

การประเมินผล วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 15.00 นาฬิกา

1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการขาดออกซิเจน ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว
3. ฟังเสียงปอดมีเสียงหวีดลดลง
4. ค่าแรงดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดง = 422.8
5. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16 - 24 ครั้ง/นาที ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 97 - 100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ เนื่องจากมีการสอดใส่เครื่องมือทางการแพทย์เข้าไปในร่างกาย

จุดประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสอดใส่เครื่องมือทางการแพทย์เข้าไปในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
2. ดูคเสมหะ อย่างถูกเทคนิคปราศจากเชื้อ
3. ใส่สายสวนปัสสาวะใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
4. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ สังเกตอาการบวม - แดง รอบบริเวณที่ให้
5. ลดการแพร่เชื้อโดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง
6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษา
7. รักษาสภาพแวดล้อมผู้ป่วยให้สะอาดอยู่เสมอ

การประเมินผล วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 14.00 นาฬิกา

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส
2. เสมหะไม่เปลี่ยนสี ปริมาณไม่เพิ่มจากเดิม
3. ปัสสาวะสีเหลืองใส
4. บริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ไม่บวม แดง ร้อน
5. ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2550) ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจาก รับประทานอาหารทางปากไม่ได้

จุดประสงค์ของการพยาบาล

ได้รับสารน้ำสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้สารน้ำและอาหารทางสายยางตามแผนการรักษา
2. สังเกตอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหารและอิเล็กโทรลัยท์
3. บันทึกปริมาณน้ำเข้า – ออกในแต่ละเวร
4. ติดตามผลการตรวจเลือดทางเคมีคลินิกและรายงานผลให้แพทย์ทราบ

การประเมินผล วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 16.00 นาฬิกา

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้หลังถอดท่อช่วยหายใจ
2. ผลการตรวจเลือดทางเคมีคลินิก (วันที่ 14 กันยายน พ.ศ.2550) ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อหลอดลมและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

จุดประสงค์ของการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อหลอดลม
2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดความดันกระเปาะลมของท่อหลอดลมไม่ให้เกิน 20 – 30 เซนติเมตรน้ำ
2. เปลี่ยนตำแหน่งท่อช่วยหายใจที่กดบริเวณมุมปากสลับซ้าย – ขวา เพื่อป้องกันแผลกดทับ
3. ระวังระดับการตั้งรังของท่อหลอดลมขณะพลิกตะแคงตัว
4. จดบันทึกขนาดและตำแหน่งของท่อหลอดลมที่ใส่ไว้ในตำแหน่งที่มองเห็นชัดเจน
5. ดูแลปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะกับพยาธิสภาพผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์
6. สังเกตอาการหายใจลำบาก ฟังเสียงลมผ่านปอดไม่เท่ากัน คลำได้เสียงกรอบแกรบบริเวณหน้าอก

แสดงว่ามีการแตกของถุงลมเข้าช่องปอด รายงานแพทย์และเตรียมช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอก

7. จดบันทึกการตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจและสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และติดตามว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เมื่อใด

การประเมินผล วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 16.00 นาฬิกา

1. ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับบริเวณมุมปาก ไม่มีอาการหายใจลำบาก
2. ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้หลังถอดท่อหลอดลม

3. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ เช่น หายใจลำบาก หน้าอกมีเสียงกรอบแกรบ ฟังมีเสียงลมผ่านปอดทั้ง 2 ข้าง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการรักษา
จุดประสงค์ของการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสถานะของโรค แผนการรักษาพยาบาล
2. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดและสงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอทำให้ลดความกังวลได้
3. แจ่มแจ้งผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยม แนะนำญาติให้กำลังใจผู้ป่วย

การประเมินผล วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 16.00 นาฬิกา

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม หลังจาก que ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อหลอดลมคอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

จุดประสงค์ของการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย
2. แนะนำฝึกการหายใจในระยะพักฟื้นและการไอที่ถูกวิธี
3. แนะนำการรับประทานยาและความจำเป็นในการมาตรวจตามนัด
4. แนะนำหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้แรงมาก อากาศที่เป็นพิษและผู้ป่วยติดเชื้อ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซ้ำได้

การประเมินผล วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 13.00 นาฬิกา

ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

7. ผลสำเร็จของงาน

หลังจากได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นเวลา 5 วัน พบว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการแก้ไข จึงต้องมีการวางแผนการพยาบาล กำหนดจุดมุ่งหมาย กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลอย่างมีแบบแผน ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง โดยร่วมกับพยาบาลประจำตึก ผู้ป่วยจึงผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ แพทย์ให้ย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักไปตึกผู้ป่วยสามัญชาย รวมเวลาอยู่ในความดูแล 12 วัน และนัดให้มาพบแพทย์อีก 1 สัปดาห์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของภาวะการหายใจล้มเหลวจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อัตราการ

เสียชีวิต อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น

3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการรุนแรง มีหายใจเหนื่อยหอบต้องได้รับการติดตามประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะการหายใจล้มเหลว หากจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางการพยาบาล หอผู้ป่วยทุกหน่วยต้องเตรียมความพร้อมของทีมบุคลากร เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่พร้อมใช้ตลอดเวลา

2. บุคลากรทางการพยาบาลจะต้องมีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ในการประเมินผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

10. ข้อเสนอแนะ

1. จัดบอร์ดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงาน และประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุ และป้องกันไม่ให้เกิดโรคเนื่องจากหน่วยงานยังไม่เคยจัด

2. ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านเพิ่มเติมโดยแจกแผ่นพับ ประสานงานกับเภสัชกรสอนการพ่นยาที่ถูกต้องวิธี

3. ทีมงานผู้ให้การดูแลผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูวิชาการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยนำกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหามาปรึกษาร่วมกัน

ขอรับรองผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... สุกัญญา เจริญทนต์

(นางสาวสุกัญญา เจริญทนต์)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 8 / กย / 53

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ศิริวรรณ พิริยศยางกูร

(นางศิริวรรณ พิริยศยางกูร)

(ตำแหน่ง)หัวหน้าพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิศ

วันที่..... 8 / กย / 53

ลงชื่อ..... พิพัฒน์ เกรียงวัฒนศิริ

(นายพิพัฒน์ เกรียงวัฒนศิริ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิศ

วันที่..... - 8 กย ๒๕๕๓

เอกสารอ้างอิง

- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุลและคูสิต สถาวร.Disaster : Roles of Critical care.กรุงเทพมหานคร:บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์,2549.
- ทนันชัย บุญบุรพงศ์. การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : หจก.บ้านหนังสือ โกสินทร์, 2552.
- ฟาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์, 2546.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และ สุรี ชันชรัถยวงศ์. สาระทบทวนการพยาบาลผู้ใหญ่ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัทจุดทองจำกัด, 2549.
- วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์, 2546.
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. Clinical Practice Guideline ทางอายุรกรรม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูนิดี พลัสลิเคชั่น, 2548.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่16. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง, 2552.
- อรุณวรรณ พุทธิพันธ์.Best Practices in Critical care.กรุงเทพมหานคร:บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด,2549.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวสุกัญญา เจริญทนต์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 148) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์
ชุมชนโร อูทิศ สำนักงานแพทย์

เรื่อง แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

หลักการและเหตุผล

เครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบหายใจซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ มีความเสี่ยงสูง อุปกรณ์ เทคโนโลยีที่ใช้มีความซับซ้อน ราคาแพง จากการวิเคราะห์ปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น พบว่าสาเหตุสำคัญคือ บุคลากรผู้ปฏิบัติขาดประสบการณ์และความรู้ ความชำนาญ ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ และอุปกรณ์ประกอบต่าง ๆ อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานของหน่วยช่วยหายใจมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ สามารถให้บริการเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลอย่างมีมาตรฐานให้คำแนะนำและเป็นที่ยอมรับเกี่ยวกับการใช้งาน การติดตามเฝ้าระวังและแก้ปัญหาอันเกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงได้นำแนวคิดการจัดการความรู้มาใช้ โดยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขึ้น เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ประสบการณ์ ความรู้ ความชำนาญ และเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย คุ่มค่า และลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของบุคลากรทางการพยาบาลให้สามารถให้การพยาบาลอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจและให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกรายได้รับการดูแลและการให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียวกัน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ทนันชัย บุญบุรพงค์, 2552 : 444-451)

ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจล้มเหลวต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จำเป็นต้องได้รับการดูแลเฉพาะด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้อง และปลอดภัย ดังนี้

1. การเตรียมเครื่องช่วยหายใจ

- 1.1 ตรวจสอบและทดสอบการทำงานของเครื่อง ผ่านการทดสอบพร้อมจะใช้งานได้
- 1.2 ลบข้อมูลที่ตั้งไว้เดิมออกให้หมดก่อนตั้งเครื่องเตรียมใช้กับผู้ป่วยรายต่อไป
- 1.3 ตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ถูกต้อง เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยและคำสั่งการรักษา รูปแบบการรักษา อัตราการหายใจ/นาที ปริมาตรของลมหายใจ/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนขณะหายใจเข้า ระบบการเตือนต่าง ๆ

2. การดูแลขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.1 ก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความจำเป็นและข้อควรระวังต่าง ๆ ขณะใช้เครื่อง ในรายที่ไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ต้องผูกมือผู้ป่วยไว้และระวังการดึงท่อและเครื่องช่วยหายใจหลุดและแฉีกขาด

2.2 ดูแลให้มีออกซิเจนและการระบายอากาศที่เพียงพอ โดยติดตามผลการตรวจเลือดค่าก๊าซในเลือดแดง ฟังเสียงลมเข้าปอดสองข้างว่าเท่ากันหรือไม่ การดูดเสมหะทำเมื่อจำเป็นเท่านั้น ควรให้ออกซิเจน 100% ต่อกับถุงบีบอากาศ บีบให้ผู้ป่วยก่อนและหลังดูดเสมหะ

2.3 การดูแลท่อช่วยหายใจ

1. การดูแลไม่ให้ท่อช่วยหายใจหลุดเลื่อนออกมา คิดครึ่งพลาสติกครอบท่อกับผิวหนังบริเวณจมูกหรือเหนือริมฝีปากแล้วควรจะใช้เชือกสำหรับผูกท่อช่วยหายใจ ผูกอีกครั้ง ระวังผู้ป่วยดึงท่อออกเอง ผู้ป่วยที่กระสับกระส่ายและมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ จึงควรผูกมือผู้ป่วยไว้และถ้ามีอาการมากขึ้นควรรายงานแพทย์

2. การใส่ความดันในกระเปาะของท่อช่วยหายใจควรใส่แค่พอดี 20-30 เซนติเมตรน้ำ ลดการกดผนังหลอดลม เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือด กล้ามเนื้อรอบ ๆ หลอดลมอ่อนตัวหรือเกิดหลอดลมตีบหลังจากถอดท่อช่วยหายใจออก

2.4 การดูแลและลดภาวะเครียดทางด้านอารมณ์และจิตใจ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสถานที่ เวลาและบุคคลให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยอธิบายถึงการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่จะช่วยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะเอาท่อและเครื่องช่วยหายใจออก

2.5 การดูแลทั่วไป

1. การทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยใส่สายสวนกระเพาะปัสสาวะไว้ จะต้องดูแลให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา เปลี่ยนเมื่อมีการอุดตันหรือรั่ว

2. ทำความสะอาดปากทุก 12 ชั่วโมงด้วยการแปรงฟัน
3. ป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ผู้ป่วยตกเตียง ท่อช่วยหายใจหลุด โดยใช้ไม้กั้นเตียงและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเอามือมาปิดท่อช่วยหายใจ
4. การจัดทำให้ผู้ป่วย ทำตะแคงครึ่งหงายครึ่งคว่ำ ทำให้การระบายเสมหะดีขึ้น ลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ป้องกันภาวะปอดแฟบ
5. การออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว แขน – ขาอย่างน้อยวันละครั้ง ในรายที่ไม่รู้สึกตัวช่วยเหลือการออกกำลังกายโดยพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด

2.6 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

1. ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อที่ปอดเพิ่มขึ้น สาเหตุมักเกิดขณะรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลเสมหะไม่ถูกเทคนิค อุปกรณ์ที่ใส่น้ำสำหรับให้ความชื้นเป็นแหล่งที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของเชื้อโรค การควบคุมป้องกันที่ควรทำ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยควรเคร่งครัดในการล้างมือ ปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างจากการใช้เครื่องช่วยหายใจตามมาตรฐานที่กำหนดของแต่ละโรงพยาบาล

2. ปอดแฟบ เกิดจากการให้ปริมาตรลมหายใจเข้า – ออกน้อยหรือเท่าเดิมเป็นระยะเวลานาน ๆ การป้องกันคือใช้ถุงบีบอากาศต่อกับออกซิเจน 5 – 10 ลิตร/นาที บีบให้ผู้ป่วย 5 – 10 ครั้ง หลังจากการดูแลเสมหะ

3. ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด โดยเฉพาะในรายที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก ผ่าตัดทรวงอก ควรฟังเสียงลมผ่านปอด ดูการขยายของทรวงอก ดูว่าหลอดลมอยู่ในแนวกึ่งกลางหรือไม่ วัดระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ ถ้าพบสิ่งผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อใส่ท่อระบายทรวงอก

4. ลมใต้ผิวหนัง ภาวะนี้อาจเกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจผิดตำแหน่งหรือมีอากาศรั่วรอบ ๆ ท่อช่วยหายใจ อาจจะเข้าไปถึงคอ หน้า ตา จนกระทั่งผู้ป่วยลืมตาไม่ได้ การแก้ไขสาเหตุและลดจำนวนอากาศที่เข้าไปในเนื้อเยื่อ

5. ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร มีลมในช่องท้อง จากการใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้อืดตึงและการหายใจลำบาก มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน จากภาวะเครียด ป้องกันโดยดูแลให้ยาลดการสร้างกรด ใส่สายดูดน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร สังเกตและจดบันทึกลักษณะของสี จำนวนสิ่งที่ออกมา อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง

6. ภาวะออกซิเจนเป็นพิษ พบว่าปอดจะมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อใช้ออกซิเจนที่เข้มข้นสูงนานเกิน 48 ชั่วโมง การใช้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นต่ำกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ ไม่ค่อยเกิดปัญหาออกซิเจนเป็นพิษ ดังนั้นควรลดการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือลดความเข้มข้นของออกซิเจนเมื่อหมดความจำเป็น

3. การหย่าผู้ป่วยออกจากเครื่องช่วยหายใจ

- 3.1 การพยาบาลระยะก่อนดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ควรประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้แบบการประเมินสภาพผู้ป่วยและพิจารณาร่วมกับแพทย์ ควรหยุดยาที่ทำให้ง่วงซึมขณะทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หลังอาหารไม่ควรหย่าเครื่องเพราะจะทำให้แน่นท้องและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อกระบังลมไม่ดี และไม่ควรถ่ายเครื่องหลังทำกิจกรรม เช่น เช็ดตัวใหม่ๆ อธิบายแผนการรักษาและขั้นตอนในการ

หยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อลดความวิตกกังวล ควรพ่นยาคุมเสมหะก่อนเริ่มการหยาเครื่องช่วยหายใจประมาณ 30 นาที จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอ ขจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการหยาเครื่องช่วยหายใจครั้งแรก รายงานแพทย์เพื่อเจาะเลือดส่งตรวจค่าก๊าซในเลือดแดงไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจครั้งแรก บันทึกสัญญาณชีพไว้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

3.2 การพยาบาลระหว่างดำเนินการหยาเครื่องช่วยหายใจ ถ้าผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการนั่งหัวสูง ควรจัดผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งซึ่งเป็นท่ากระบังลมขยายตัวได้ดีขึ้น อธิบายถึงขั้นตอนในการหยาเครื่องเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือและพยายามหายใจด้วยตัวเองมากขึ้น ก่อนจะหยาเครื่องต้องคุมเสมหะให้ผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยพักหลังคุมเสมหะประมาณ 15 นาทีจึงเริ่มการหายใจเอง ฝึาติดตามประเมินผลความสามารถในระหว่างหยาเครื่องช่วยหายใจ ควรเริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจในตอนเช้า หลังจากผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนเต็มที่แล้ว อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล ดูแลความสุขสบาย ให้ความมั่นใจและให้กำลังใจผู้ป่วย คุมเสมหะเมื่อจำเป็น วัดสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนและประเมินภาวะของตัวแปรการถูกกดการหายใจ บันทึกในแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อหยาเครื่องช่วยหายใจ (Weaning protocol) เบี่ยงเบนความสนใจและช่วยให้ผ่อนคลาย เช่นให้ฟังเพลง อ่านหนังสือถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ให้ยุติการหยาเครื่องช่วยหายใจในวันนั้น แล้วกลับไปใช้วิธีการหายใจและรูปแบบการหายใจเดิมก่อนการหยาเครื่อง

3.3 การพยาบาลระยะก่อนถอดท่อช่วยหายใจ คั่นก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ดูแลผู้ป่วยให้ได้พักผ่อนเต็มที่ ควรถอดท่อช่วยหายใจในตอนเช้า เพราะมีบุคลากรที่สามารถประเมินอาการได้ทั้งวัน งดน้ำ งดอาหารทางปากทุกชนิดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักหรือใส่ท่อใหม่ ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาหลอดลมหดเกร็ง (Bronchospasm) ควรได้ยาพ่นก่อนถอดท่อ 15 นาที คุมเสมหะทั้งในหลอดลมและช่องปากให้หมดก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ทดสอบการรั่วของกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ (cuff leak test) เตรียมอุปกรณ์ให้ออกซิเจนให้พร้อม จัดผู้ป่วยท่านั่งเพื่อให้กระบังลมขยายเต็มที่

3.4 การพยาบาลระยะหลังถอดท่อช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนที่มีความชื้นในบรรยากาศสูง (high humidity) ตามแผนการรักษาเพื่อให้เสมหะไม่เหนียว บันทึกสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน รักษาระดับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ สังเกตอาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ตรวจร่างกายประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ เช่น เสียงแหบระหว่างหายใจ (Stridor wheezing) งดน้ำ งดอาหารทางปากทุกชนิด หลังถอดท่อช่วยหายใจ 6 - 8 ชั่วโมง เพราะอาจต้องใส่ท่อใหม่ เตรียมพร้อมใส่ท่อช่วยหายใจหากเกิดปัญหา แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึกๆ (deep breathing) และไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) ดูแลความสุขสบายทั่วไป และให้ผู้ผู้ป่วยพักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ จำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยม แนะนำการใช้ออดเรียกขอความช่วยเหลือ อธิบายปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังเอาท่อช่วยหายใจออก เช่น เสียงแหบ เจ็บคอ ให้ความมั่นใจผู้ป่วยในการดูแลหลังการถอดท่อช่วยหายใจ

3.5 เกณฑ์การยุติการหยาเครื่องช่วยหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพมากกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ของค่าพื้นฐานของผู้ป่วย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ มีปริมาตรลมหายใจออกทั้งหมดใน 1 นาที

น้อยกว่า 200 มิลลิลิตร ปริมาตรลมหายใจออกทั้งหมดใน 1 นาที น้อยกว่า 5 ลิตร หรือมากกว่า 12 ลิตร มีการแสดงว่ากล้ามเนื้ออ่อนแรง (muscle fatigue) เช่น ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (accessory muscle) การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง(abdominal paradox)

ถ้าพบปัญหาตั้งแต่2ปัญหา ให้ยุติการหยาเครื่องพร้อมค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุนั้นก่อนเริ่มหยาเครื่องในวันถัดไป แล้วกลับไปใช้วิธีการช่วยหายใจเดิมก่อนการหยาเครื่อง

บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ควรให้ความตระหนักถึงการดูแล ติดตาม ประเมินอาการผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้สามารถยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีแนวทางการพัฒนาดังนี้

1. ผู้จัดทำรวบรวมเนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนใส่เครื่องช่วยหายใจ ขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ และหลังการถอดท่อช่วยหายใจ
2. จัดทำรูปเล่ม
3. จัดประชุมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจในการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและนำสู่การปฏิบัติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ และลดภาวะแทรกซ้อนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวขณะใช้เครื่องช่วยหายใจได้และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดลมในเยื่อหุ้มช่องปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ.2552 และ มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 ไม่เกิดขึ้น
2. อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ.2552 พบ 11.52 ครั้ง/1000 วันใส่ และมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 พบ 0 ครั้ง/1000 วันใส่
3. อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ.2552 พบ 10 ครั้ง และ มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 พบ 2 ครั้ง

ลงชื่อ.....*สุกัญญา เจริญทนต์*.....

(นางสาวสุกัญญา เจริญทนต์)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....*8*...../*กย*...../*53*.....

เอกสารอ้างอิง

ทนันชัย บุญบุรพวงศ์. การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : หจก.บ้านหนังสือ
โกสินทร์, 2552.

ละเอียด แจ่มจันทร์ และ สุรี ชันชรักษวงค์. สาระทบทวนการพยาบาลผู้ใหญ่ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร : บริษัทจุดทองจำกัด, 2549.

วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์, 2546.

สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่16. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด
วี.เจ. พรินติ้ง, 2552.