



แผนการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (Faculty Practice) รายบุคคล
ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

ชื่อ นางอนัญญา คูอาริยะกุล ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

ภาควิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

1. ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาล

- | | |
|---|---|
| ☐ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเฉียบพลัน/อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน | ☐ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช |
| ☒ การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต | ☐ การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป/ครอบครัว/ชุมชน |
| ☐ การพยาบาลผู้ป่วยในระยะเจ็บป่วยเรื้อรัง | ☐ การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค |
| ☐ การพยาบาลผู้ป่วยในระยะเจ็บป่วยสุดท้าย | ☐ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ/การบำบัดพิเศษ |
| ☐ การพยาบาลผดุงครรภ์ | |
| ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... | |

2. กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป้าหมาย

2.1 รายบุคคล

- | | |
|---|--|
| ☐ ทารกแรกเกิด | ☐ เด็กและวัยรุ่น |
| ☒ ผู้ใหญ่ | ☒ ผู้สูงอายุ |
| ☐ ผู้ป่วยจิตเวช | ☐ หญิงตั้งครรภ์ |
| ☐ อื่น ๆ เช่น..... | |

2.2 รายครอบครัว/กลุ่ม/ชุมชน(ระบุ)

- ☐ ครอบครัว
- ☐ กลุ่ม/ชุมชน.....
- ☐ อื่น ๆ เช่น

3 สถานที่ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ชำนาญการ

3.1 โรงพยาบาลระบุ ..โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

- ☒ หอผู้ป่วย ระบุ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
- ☐ คลินิกผู้ป่วยนอก/ Ambulatory Care Setting ระบุ

3.2 ในชุมชน ระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ

- ☐ ศูนย์บริการสาธารณสุข/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบุ
- ☐ โรงเรียน

- ☐ Home Health Care /Hospice Care.....
- ☐ ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย
- ☐ ศูนย์ผู้สูงอายุ
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

4 บทบาทการพยาบาลที่ต้องการไปปฏิบัติการพยาบาล

- ☒ Direct care
- ☐ Consultation
- ☐ พัฒนาระบบบริการและคุณภาพการพยาบาล

อื่น ๆ ระบุ

สาขาความเชี่ยวชาญหรือความสนใจเฉพาะทาง

การพยาบาลผู้ป่วยในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

หัวข้อ/ประเด็นการปฏิบัติ Faculty Practice...แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

คำจำกัดความ

1. ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร หรือชนิดควบคุมด้วยปริมาตรและความดัน เนื่องจากมีระบบหายใจล้มเหลว
2. ความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทางด้านร่างกายตามแบบประเมินว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้แล้ว
3. การหยาเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การลดการช่วยหายใจในผู้ป่วยระบบหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จนกลับมาหายใจได้เองตามธรรมชาติ หรือหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจในที่สุด
4. การหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ หมายถึง การลดการช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้สามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้และไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง
5. หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หมายถึง หอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตทางด้านศัลยกรรม

กลุ่มเป้าหมาย/หน่วยงาน...ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ระยะเวลา.....มิถุนายน 256 - พฤษภาคม 256.....จำนวน...120...ชั่วโมง

เป้าหมาย/ผลลัพธ์

ระยะสั้น

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว ลดจำนวนวันของการใส่เครื่องช่วยหายใจ

ระยะยาว

1. ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน
2. เกิดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

วันที่ (เวลา)	ขั้นตอน/รายละเอียดกิจกรรม	สถานที่	ผลผลิต
ครั้งที่ 1 2 มิถุนายน 2566 (4 ชม.)	- ศึกษาผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อวางแผนและหาแนวทางในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ - วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการดูแลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ครั้งที่ 2 5 มิถุนายน 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 1</u> 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกายโดยใช้ weaning protocol 2. การประเมินความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย - บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ครั้งที่ 3 6 มิถุนายน 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 2</u> 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกายโดยใช้ weaning protocol 2. กระตุ้นการหายใจของผู้ป่วย และประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด 3. การประเมินความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย - บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ครั้งที่ 4 7 มิถุนายน 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 3</u> 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกายโดยใช้ weaning protocol 2. การประเมินความพร้อมด้านจิตใจ 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการดูแลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย - บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

วันที่ (เวลา)	ขั้นตอน/รายละเอียดกิจกรรม	สถานที่	ผลผลิต
	4. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ		
ครั้งที่ 5 8 มิถุนายน 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การดูแลผู้ป่วย หลังจากหยาเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 4</u> 1. การประเมินผู้ป่วยหลังจากหยา เครื่องช่วยหายใจ 2. การส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการ หยาเครื่องช่วยหายใจ โดยการให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในการหายใจเอง 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วย หลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผล ผ่าตัดของผู้ป่วย -การปรับแผนการพยาบาล ตามปัญหาของผู้ป่วย
ครั้งที่ 6 9 มิถุนายน 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การดูแลผู้ป่วย หลังจากหยาเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 5</u> 1. การประเมินผู้ป่วยหลังจากหยา เครื่องช่วยหายใจ 2. การส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการ หยาเครื่องช่วยหายใจ โดยการให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในการหายใจเอง 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วย หลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผล ผ่าตัดของผู้ป่วย -การปรับแผนการพยาบาล ตามปัญหาของผู้ป่วย
ครั้งที่ 7 24 กรกฎาคม 2566 (4 ชม.)	- ศึกษาผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อวางแผนและหาแนวทางในการหยา เครื่องช่วยหายใจ - วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการดูแลผู้ป่วยในการ หยาเครื่องช่วยหายใจ
ครั้งที่ 8 25 กรกฎาคม 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 2 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 1</u> 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย โดยใช้ weaning protocol 2. การประเมินความพร้อมด้านจิตใจ	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อ หยาเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผล ผ่าตัดของผู้ป่วย - บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการ หยาเครื่องช่วยหายใจ

วันที่ (เวลา)	ขั้นตอน/รายละเอียดกิจกรรม	สถานที่	ผลผลิต
	โดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด		
ครั้งที่ 9 26 กรกฎาคม 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 2 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 2</u> 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย โดยใช้ weaning protocol 2. กระตุ้นการหายใจของผู้ป่วย และ ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด 3. การประเมินความพร้อมด้านจิตใจ โดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจ ในการหายใจเองของผู้ป่วย	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อ หยาเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผล ผ่าตัดของผู้ป่วย - บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการ หยาเครื่องช่วยหายใจ
ครั้งที่ 10 27 กรกฎาคม 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 2 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 3</u> 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย โดยใช้ weaning protocol 2. การประเมินความพร้อมด้านจิตใจ 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด 4. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการดูแลผู้ป่วยในการ หยาเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผล ผ่าตัดของผู้ป่วย - บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วย ขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ
ครั้งที่ 11 28 กรกฎาคม 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การดูแลผู้ป่วย หลังจากหยาเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 2 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 4</u> 1. การประเมินผู้ป่วยหลังจากหยา เครื่องช่วยหายใจ 2. การส่งเสริมให้ประสบผลสำเร็จในการ หยาเครื่องช่วยหายใจ โดยการให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในการหายใจเอง 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วย หลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผล ผ่าตัดของผู้ป่วย - การปรับแผนการพยาบาล ตามปัญหาของผู้ป่วย

วันที่ (เวลา)	ขั้นตอน/รายละเอียดกิจกรรม	สถานที่	ผลผลิต
ครั้งที่ 12 25 กันยายน 2566 (4 ชม.)	- ศึกษาผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อวางแผนและหาแนวทางในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ - วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการดูแลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ครั้งที่ 13 26 กันยายน 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 3 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 1</u> 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกายโดยใช้ weaning protocol 2. การประเมินความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย - บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ครั้งที่ 14 27 กันยายน 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 3 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 2</u> 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกายโดยใช้ weaning protocol 2. กระตุ้นการหายใจของผู้ป่วย และประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด 3. การประเมินความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย - บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ครั้งที่ 15 28 กันยายน 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 3 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 3</u> 1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกายโดยใช้ weaning protocol 2. การประเมินความพร้อมด้านจิตใจ 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- แผนการดูแลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย - บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

วันที่ (เวลา)	ขั้นตอน/รายละเอียดกิจกรรม	สถานที่	ผลผลิต
	4. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ		
ครั้งที่ 16 29 กันยายน 2566 (8 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การดูแลผู้ป่วย หลังจากหยาเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 3 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 4</u> 1. การประเมินผู้ป่วยหลังจากหยา เครื่องช่วยหายใจ 2. การส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการ หยาเครื่องช่วยหายใจ โดยการให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในการหายใจเอง 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วย หลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผล ผ่าตัดของผู้ป่วย -การปรับแผนการพยาบาล ตามปัญหาของผู้ป่วย
ครั้งที่ 17 30 กันยายน 2566 (4 ชม.)	- วางแผนร่วมกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม เรื่อง การดูแลผู้ป่วย หลังจากหยาเครื่องช่วยหายใจ <u>กรณีศึกษาที่ 3 ตรวจเยี่ยมครั้งที่ 5</u> 1. การประเมินผู้ป่วยหลังจากหยา เครื่องช่วยหายใจ 2. การส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการ หยาเครื่องช่วยหายใจ โดยการให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในการหายใจเอง 3. การประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	หออภิบาลผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	- บันทึกการให้การดูแลผู้ป่วย หลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ - บันทึกความเจ็บปวดแผล ผ่าตัดของผู้ป่วย -การปรับแผนการพยาบาล ตามปัญหาของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติ

(นางอนัญญา คูอาริยะกุล)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.นางสาวเสาวลักษณ์ เนตรขัง...)

(หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

ลงชื่อ.....ผู้กำกับติดตามแผน
(นางสาวสิดานันท์ ศรีใจวงศ์)
ผู้อำนวยการ

ลงชื่อ.....ผู้กำกับติดตามแผน
(นางสาวดุจเดือน เขียงเหลือง)
ผู้อำนวยการ

แบบรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

ปีการศึกษา 2566 (มิถุนายน 2566 – 31 พฤษภาคม 2567)

1. ชื่อ-สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัมมฤฎา คูอาริยะกุล
2. ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต
3. กลุ่มประชากรเป้าหมาย ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
4. สถานที่ปฏิบัติการพยาบาล หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ระหว่างวันที่ 2 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 17 วัน

รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน 120 ชั่วโมง

6. ผลการดำเนินงาน

6.1 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ

6.1.1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว ลดจำนวนวันของการใส่เครื่องช่วยหายใจ

6.1.2 ผู้ป่วยไม่กลับมาใส่ท่อช่วยหายใจใหม่

6.2 ผลลัพธ์ที่เกิดต่อสถานบริการสุขภาพ

หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ได้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

6.3 ผลลัพธ์ที่เกิดต่ออาจารย์ผู้ปฏิบัติการพยาบาล

เพิ่มพูนความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากขึ้น



ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัมมฤฎา คูอาริยะกุล)

อาจารย์ผู้ปฏิบัติการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 38 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

23 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติว่า พบตั้งเนื้อที่ลำไส้ ได้รับการผ่าตัดตั้งเนื้อที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จากนั้นมีปัญหาเรื่องถ่ายไม่ออก ถ่ายเป็นเลือดมาตลอด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง

5 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายเหลวบ่อยครั้ง ได้รับการส่งกล้องตรวจ แพทย์วินิจฉัยลำไส้ใหญ่อักเสบ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มปวดท้องบิดเป็นๆ หายๆ ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 5-6 ครั้ง ชี้อาการเรื้อรัง อาการไม่ดีขึ้น

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 10 ครั้ง มีลิ้นเลือดปน จึงมาโรงพยาบาล

การวินิจฉัยโรคแรก R/O Active Ulcerative Colitis

การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน CA Rectosigmoid

การผ่าตัด Explor-lap to lysis adhesion with low anterior resection with ileostomy

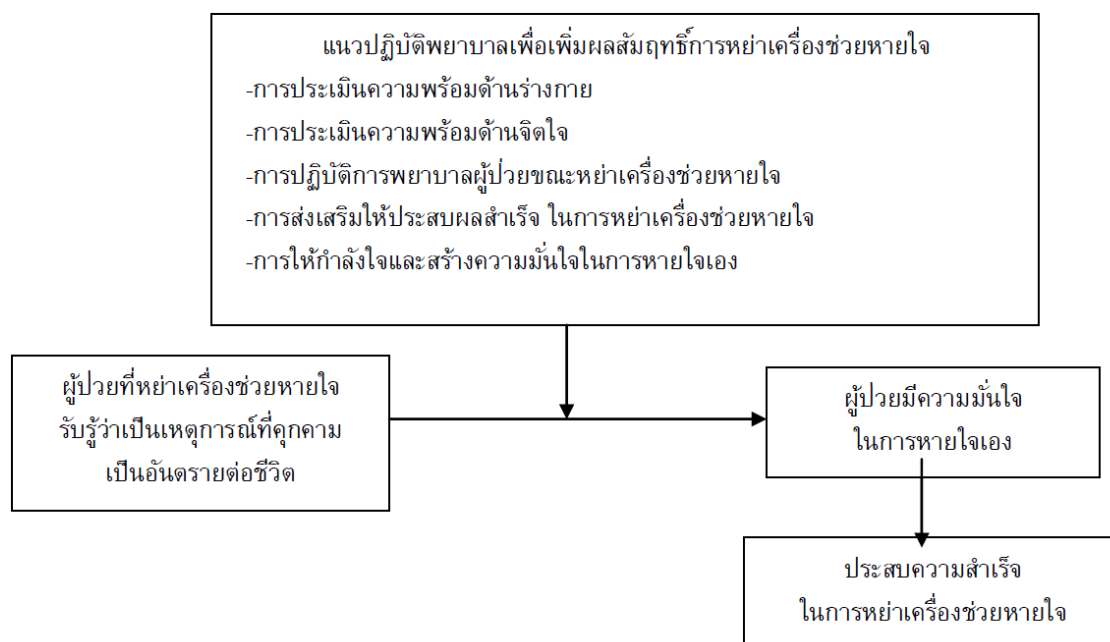
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต Thalassemia มา 33 ปี รัยยาที่ รพ.สต. และผ่าตัด splenectomy เมื่อ 25 ปีที่แล้ว

การประเมินสภาพและอาการปัจจุบัน

รูปร่างสมส่วน ผิวสองสี ซึมเล็กน้อย ประเมิน Glasgow coma score E2VTM2 On endotracheal tube No.7.5 mark 22 cm. with ventilator setting A/C mode Pi 14 PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.4 Ti 1 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ RR 14 ครั้ง/นาที O₂ sat 98-100 % ฟังเสียงปอดพบว่ามีเสียงเบาบริเวณชายปอด 2 ข้าง มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 1 สาย แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องมีเลือดซึมเล็กน้อย ปวดแผลพอน pain score 6-7/10 ค่ะ แขน On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 5% D/NSS 1,000 cc + KCL 40 mEq/L vein drip 80 cc/hr ไ่วที่แขนซ้ายซ้าย ไม่มีบวม แดง (K=3.0) EKG show PVC Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.0-37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 90-160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 94-146 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 71-104 มิลลิเมตรปรอท

รายการปัญหา (Problem lists)

1. เสี่ยงต่อการหายใจเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพร่วมกับมีภาวะโปตัสเซียมต่ำ



ตามกรอบแนวคิดของปริศนา เบญจมาศ, เพ็ญสุข ยุวภูษิตานนท์, อุษา พิพัฒน์สาธกิจและรัตนา พระยาน้อย จากงานวิจัย การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช

แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย โดยใช้ weaning protocol ของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
2. การประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ดังนี้
 - 2.1 ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - 2.2 ให้ทราบวิธีการติดต่อสื่อสารขอความช่วยเหลือขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ เช่น การใช้ ดินสอและกระดาษหรือใช้บัตรคำ และอ่านปากผู้ป่วย พยักหน้าและส่ายหน้า
 - 2.3 สร้างความมั่นใจและให้กำลังใจในการหายใจเอง
3. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - 3.1 การพยาบาลด้านร่างกาย: โดยการเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติ weaning protocol ของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์, การจัดทำช่วยให้การหายใจดีขึ้น, การลดความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดโดยการจัดท่านอน การให้บรรเทาอาการปวด
 - 3.2 การพยาบาลด้านจิตใจ : ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและอธิบายผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว
4. การส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองด้วยวิธี
 - 4.1 บอกความก้าวหน้าในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย
 - 4.2 ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมีความพร้อมที่จะหายใจเองและสามารถควบคุมการหายใจของตนเองได้ โดยการหายใจเข้า-ออกเข้า ๆ ลึก ๆ
 - 4.3 คำชมเชยว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

วันที่ดูแลผู้ป่วย 2 – 9 มิถุนายน 2566

วันที่ 2 มิถุนายน 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาลและ เหตุผลทางวิทยาศาสตร์	ประเมินผล การพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการหายใจช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพร่วมกับมีภาวะโปตัสเซียมต่ำ S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดพอทน pain score 6-7/10 คะแนน O: - หลังผ่าตัด 1 วัน -ผู้ป่วยหายใจตื่นเวลาพลิกตะแคงตัว -ฟังเสียงปอดพบว่าไม่มีเสียงเบบริเวณชายปอด 2ข้าง -มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 1 สาย - ได้รับยา MO 3 mg vein prn ทุก 6 hr -On ET No.7.5 mark 22 cm. with ventilator setting A/C mode Pi 14 PEEP 5 cmHO₂ Fi O₂ 0.4 -K=3.0 mmol/L - O₂ sat 98-100 % - สัญญาณชีพ BP 94-146 /71-104mmHg HR=90-160/min RR=16-20/min BT=36.0-37.2° C	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหายใจช่วยหายใจได้สำเร็จ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่ายสับสน หายใจแรงและเร็วหรือหายใจลำบากหัวใจเต้นเร็วผิดปกติผิวดำคล้ำ เหงื่อออก ผิวน้ำริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าเขียว หุดหายใจ 2. O₂ sat ≥ 95 % 3. สัญญาณชีพปกติ BP Systolic 90-120 mmHg Diastolic 60-90 mmHg HR=60-100/min RR=16-20/min BT=36.5-37.4 C 4. ปริมาณเสมหะลดลง 5. ฟังปอดไม่เสียงผิดปกติ 6.K=3.5-5.1 mmol/L 7. ผู้ป่วย off ET tube ได้	1. จัดทำให้ผู้ป่วยศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ลดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด 2. ดูแลให้ได้รับยา MO 3 mg vein prn ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3.ดูแลให้ได้รับ 5% D/NSS 1,000 cc + KCL 40 mEq/L vein drip ตามแผนการรักษา 3. แนะนำให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดเวลาเคลื่อนไหวร่างกายหรือพลิกตะแคงตัว 4. แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ 5. ประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมพร้อมการหายใจช่วยหายใจเพื่อสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจในการหายใจเอง	ในเวรผู้ป่วยได้รับยา MO 2 ครั้ง อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 5/10 คะแนน K=3.4 mmol/L -สัญญาณชีพปกติ BP 106-130/70-89 mmHg HR=74-82/min RR=14-16/min BT=36.5-36.8° C

วันที่ 5 มิถุนายน 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัว ประเมิน Glasgow coma score E3VTM5 On endotracheal tube No.7.5 mark 22 cm. with ventilator setting spont mode Ps 12 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ O₂ sat 98-100 % ฟังเสียงปอดปกติ มีเสมหะสีขาวชุ่มประมาณ 1 สาย แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดซึม ปวดแผลเล็กน้อย pain score 5/10 ค่ะแน่น On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 5% D/NSS 1,000 cc + KCL 40 mEq/L vein drip 80 cc/hr ไ่วที่แขนซ้าย ไม่มีบวม แดง (K=3.3) EKG show NSR Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.5-36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 14-16 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 74-82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 106-130 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 70-89 มิลลิเมตรปรอท K=3.4 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 5/10 ค่ะแน่น

O: - ได้รับยา MO 2 ครั้ง

- On endotracheal tube No.7.5 mark 22 cm. with ventilator setting spont mode Ps 12 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ RR 16 ครั้ง/นาที O₂ sat 98-100 %

- สัญญาณชีพปกติ BP 106-130/70-89 mmHg HR=74-82/min RR=14-16/min BT=36.5-36.8° C

- K=3.3 mmol/L

A: ปัญหาลดลง

P: กิจกรรมการพยาบาลคงเดิม เพิ่มเติมกิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตาม weaning protocol เพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจเร็วที่สุด โดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

- ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย

- ประเมินความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความพร้อมที่จะหายใจเอง และสามารถควบคุมการหายใจของตนเองได้ โดยการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ

- ให้คำชมเชยว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. การบริหารการหายใจ (breathing retraining technique or breathing exercise) เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้กล้ามเนื้อกะบังลมในการหายใจ และส่งเสริมการระบายอากาศการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดให้ดีขึ้น

2.1 การฝึกหายใจ (breathing exercise) เริ่มด้วยการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกอย่างช้า ๆ ใช้เวลาประมาณ 3 เท่าของช่วงหายใจเข้า จากนั้นหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก แต่เมื่อหายใจออกให้ผู้ผู้ป่วยห่อปากเล็กน้อยลักษณะคล้ายผิวกปาก (pursed - lip technique) ซึ่งจะช่วยให้เกิดแรงต้านของลมหายใจออกในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น มีแรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น ช่วยต้านแรงดันจากช่องเยื่อหุ้มปอดมีผลทำให้ถุงลมและหลอดลมปอดกลับตัวซ้ำจึงเป็นการเพิ่มปริมาณอากาศที่หายใจออกเพิ่มขึ้น อากาศที่ค้างค้างในปอดจึงลดน้อยลง

2.2 การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลมและหน้าท้อง (diaphragmatic or abdominal breathing) โดยให้ผู้ป่วยทำในท่านอน ใช้มือข้างใดข้างหนึ่งวางบนทรวงอก อีกข้างหนึ่งวางไว้บนท้องบริเวณสะดือ สอนให้ผู้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ ในขณะที่เดียวกับที่ท้องบ่งออกและหายใจออกช้า ๆ โดยห่อริมฝีปากไว้ด้วย ในขณะที่ท้องยุบลง มือทั้ง 2 ข้าง

ควรตรวจสอบว่าการหายใจถูกต้องหรือไม่ ถ้าช่วงหายใจเข้า มือที่วางบนหน้าอกขยับขึ้น แสดงว่าใช้กล้ามเนื้อทรวงอกแทนที่จะเป็นกล้ามเนื้อกะบังลม หลังจากที่ถูกฝึกได้ถูกต้องแล้ว สามารถฝึกได้ในท่านั่ง ยืน และเดินต่อไป

3. โออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) โดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ 2-3 ครั้ง จากนั้นสูดหายใจเข้าช้า ๆ ทางจมูกอย่างเต็มที่ และกลืนหายใจไว้ครู่หนึ่งประมาณ 2 ถึง 3 วินาที โน้มตัวมาข้างหน้า และไอออกมาติดต่อกัน 2 ถึง 3 ครั้ง ช่วยกันกำจัดเสมหะที่คั่งค้างให้หมดไปจากทางเดินหายใจของผู้ป่วย

วันที่ 6 มิถุนายน 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัว ประเมิน Glasgow coma score E4VTM5 On endotracheal tube No.7.5 mark 22 cm. with ventilator setting spont mode Ps 12 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ O₂ sat 98-100 % ฟังเสียงปอดปกติ มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 1 สาย แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดซึม ปวดแผลเล็กน้อย pain score 4/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 5% D/NSS NSS 1,000 cc vein drip 80 cc/hr ไ่วที่แขนข้างซ้าย ไม่มีบวมแดง (K=3.7) EKG show NSR Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.3-36.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 14-16 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 80-90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 70-86 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อการหยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 4/10 คะแนน

O: - ได้รับยา MO 1 ครั้ง

- On endotracheal tube No.7.5 mark 22 cm. with ventilator setting spont mode Ps 12 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ RR 16 ครั้ง/นาที O₂ sat 98-100 %

- สัญญาณชีพปกติ BP 100-125 /70-86 mmHg HR=80-90 /min RR=14-16/min BT=36.3-36.6° C

A: ปัญหาลดลง

P: กิจกรรมการพยาบาลคงเดิม

วันที่ 7 มิถุนายน 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัว ประเมิน Glasgow coma score E4VTM6 On endotracheal tube No.7.5 mark 22 cm. with ventilator setting spont mode Ps 12 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ O₂ sat 98-100 % ฟังเสียงปอดปกติ มีเสมหะสีขาวเล็กน้อย แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดซึม ปวดแผลเล็กน้อย pain score 2/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 5% D/NSS 1,000 cc vein drip 80 cc/hr ไ่วที่แขนข้างซ้าย ไม่มีบวมแดง EKG show NSR Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.0-37.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 14-16 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 68-76 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 106-125 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 72-85 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อการหยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 2/10 คะแนน

O: - ในเวรไม่ได้รับยา MO

- On endotracheal tube No.7.5 mark 22 cm. with ventilator setting spont mode Ps 12 PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ RR 14 ครั้ง/นาที O₂ sat 98-100 %

- สัญญาณชีพปกติ BP 106-125/72-85 mmHg HR=68-76/min RR=14-16/min

BT=36.0-37.1° C

A: ปัญหาลดลง

P: กิจกรรมการพยาบาลคงเดิม เพิ่มเติมกิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตาม weaning protocol เพื่อให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ โดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

- ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย
- ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วย โดยผู้ป่วยควรมีสิ่งต่อไปนี้ 1) ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง 2) มีรีเฟล็กซ์ของการไอ (Cough reflex) โดยสังเกตขณะดูดเสมหะผู้ป่วย 3) มีรีเฟล็กซ์ของการขย้อน (Gag reflex) โดยสังเกตขณะดูดเสมหะผู้ป่วย 4) มีความคงที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดย HR < 120/min, EKG ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 5) RR < 35/min 6) ทดสอบ Cuff leak test ได้ผล positive หากผล Negative แสดงถึงหลอดลมบวมซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันได้

- ประเมินความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความพร้อมที่จะหายใจเอง และสามารถควบคุมการหายใจของตนเองได้ โดยการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ

2. ปฏิบัติการถอดท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วย โดยดำเนินการดังนี้

- ดูดเสมหะในหลอดลมและในปากผู้ป่วยให้หมด
- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมทำงานได้เต็มที่และป้องกันการสำลัก
- ปลดอลมจาก cuff ให้หมด ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่ แล้วจึงถอดท่อช่วยหายใจออก
- ดูแลให้ผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนแคนูลา 3-5 ลิตร/นาที

3. ฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 24 ชม. โดยติดตามสิ่งต่อไปนี้ 1) บันทึกสัญญาณชีพ ค่า SaO₂ ทุก 1 ชม. ติดต่อกันนาน 8 ชม. เป็นอย่างน้อย 2) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ RR > 24 bpm หรือ RR < 10 bpm ฟังเสียงปอดพบเสียง stridor ซึ่งเป็นภาวะที่มีการตีบแคบของทางเดินหายใจ

4. อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ

วันที่ 8 มิถุนายน 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัว หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส บ่นเจ็บคอเล็กน้อย On O₂ canula 3 ลิตร/นาที ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ O₂ sat 98-99% ฟังเสียงปอดปกติ แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดซึม ปวดแผลเล็กน้อย pain score 2/10 คะแนน จิบน้ำได้ ไม่มีอาการท้องอืด สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.5-37.0 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 74-84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 110-124 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 72-80 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 2/10 คะแนน

O: - ในเวรไม่ได้รับยา MO

- On O₂ canula 3 ลิตร/นาที่ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ RR 20 ครั้ง/นาที่
- O₂ sat 100 %
- ฟังเสียงปอดปกติ
- สัญญาณชีพปกติ BP 110-125 /70-85 mmHg HR=76-82 /min RR=18-20 /min
BT=36.5-37.0° C

A: ปัญหาหมดไป

P: กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ

วันที่ 9 มิถุนายน 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัว หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส บ่นเจ็บคอเล็กน้อย On O₂ canula 3 ลิตร/นาที่ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ O₂ sat 100 % ฟังเสียงปอดปกติ แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดซึม ปวดแผลเล็กน้อย pain score 1/10 คะแนน จิบน้ำได้ ไม่มีอาการท้องอืด สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.1-36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 18-20 ครั้ง/นาที่ ชีพจร อยู่ระหว่าง 78-84 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 105-118 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 70-78 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 1/10 คะแนน

O: - On O₂ canula 3 ลิตร/นาที่ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ RR 20 ครั้ง/นาที่
- O₂ sat 100 %
- ฟังเสียงปอดปกติ
- สัญญาณชีพ BP 105-118 /70-78 mmHg HR=78-84 /min RR=18-20 /min
BT=36.1-36.8° C

A: ปัญหาหมดไป

P: กิจกรรมการพยาบาลคงเดิม เพิ่มเติมกิจกรรมการพยาบาลคือ ชื่นชมผู้ป่วยและแจ้งการเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมไปหอผู้ป่วยศัลยกรรม

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 23 ปีก่อนมาโรงพยาบาลญาติให้ประวัติว่า พบตั้งเนื้อที่ลำไส้ได้รับการผ่าตัดตั้งเนื้อที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จากนั้นมีปัญหาเรื่องถ่ายไม่ออก ถ่ายเป็นเลือดมาตลอด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง 5 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายเหลวบ่อยครั้ง ได้รับการส่องกล้องตรวจแพทย์วินิจฉัยลำไส้ใหญ่อักเสบ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มปวดท้องบิดเป็นๆ หายๆ ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 5-6 ครั้ง ชี้อเกลือแร่ดื่ม อาการไม่ดีขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 10 ครั้ง มีลิ้มเลือดปน จึงมาโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคแรกรับ R/O Active Ulcerative Colitis การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน CA Rectosigmoid การผ่าตัด Explor-lap to lysis adhesion with low anterior resection with ileostomy หลังผ่าตัดย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม วันที่ 1 หลังผ่าตัดผู้ป่วยซึมเล็กน้อย E2VTM2 On endotracheal tube No.7.5 mark 22 cm. with ventilator setting A/C mode Pi 14 PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.4 Ti 1 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ RR 14 ครั้ง/นาที่ O₂ sat 98-100 % ฟังเสียงปอดพบว่ามีเสียงเบาบริเวณชายปอด 2 ข้าง มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 1 สาย แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องมีเลือดซึมเล็กน้อย ปวดแผลพอน pain

score 6-7/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 5% D/NSS 1,000 cc + KCL 40 mEq/L vein drip 80 cc/hr ไว้ที่แขนข้างซ้าย ไม่มีบวมแดง (K=3.0) EKG show PVC Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.0-37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 90-160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 94-146 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 71-104 มิลลิเมตรปรอท ได้ให้การพยาบาลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จนสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้

ผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว จำนวนวันของการใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 วัน ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยไม่กลับมาใส่ท่อช่วยหายใจใหม่

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 84 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

- 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้อง ใจไม่ดี ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง ใจไม่ดี มีไข้ จึงไปโรงพยาบาลพิชัย ขณะนอนโรงพยาบาลพิชัยผู้ป่วยมีไข้ทุกวัน รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย หลังจากนอนโรงพยาบาล 1 วันมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ พ่นยาแล้วไม่ดีขึ้น และมีไข้สูงตลอด แพทย์วินิจฉัย Acute calculous cholecystitis R/O septic shock จึง Refer มารพ.อุดรดิตถ์

การวินิจฉัยโรคแรกรับ Acute calculous cholecystitis R/O septic shock

การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน Emphysematous calculus cholecystitis

การผ่าตัด Open Cholecystectomy with lysis adhesion

การประเมินสภาพและอาการปัจจุบัน

รู้สึกตัว ทำตามสั่งแต่ตอบสนองช้า ประเมิน Glasgow coma score E3VTM6 ADL=1 คะแนน On endotracheal tube No 7.0 mark 20 cm. with ventilator setting P-CMV mode Pi 15 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจเหนื่อยเล็กน้อย RR 20 ครั้ง/นาที O₂ sat 97-100 % ฟังเสียงปอดปกติ มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 2 สาย มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง แผลแห้งดีไม่มีเลือดซึม on tube drain 1 เส้น มี content ประมาณ 170 มิลลิลิตร ปวดแผลพอกทน pain score 8/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 0.9% NSS 1,000 cc vein drip 100 cc/hr ไว้ที่แขนข้างซ้าย ไม่มีบวมแดง on fentanyl (10:1) vein 2cc/hr Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองเข้ม สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 38.2-38.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 18-20 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 74-86 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 112-128 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 74-84 มิลลิเมตรปรอท Hct = 28%

รายการปัญหา (Problem lists)

1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

วันที่ 24 กรกฎาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาลและ เหตุผลทางวิทยาศาสตร์	ประเมินผล การพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหายใจช่วยหายใจ ไม่สำเร็จเนื่องจากตัวนำ ออกซิเจนลดลงและ การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผล ผ่าตัดพอทน pain score 8/10 คะแนน O: - Hct = 28% - on fentanyl (10:1) vein 2cc/hr - ได้รับยา MO 3 mg vein prn ทุก 4 hr -On ET No.7 mark 20 cm. with ventilator setting P- CMV mode Pi 15 PEEP 5 cmHO ₂ Fi O ₂ 0.4 -ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย -มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 2 สาย - O ₂ sat 97-100 % - สัญญาณชีพ BP 112-128/74-84 mmHg HR=74-86/min RR=18-20 /min BT=38.2-38.7° C	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการและ อาการแสดงของภาวะ พร่องออกซิเจน เช่น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่ายสับสน หายใจแรงและเร็วหรือ หายใจลำบาก หัวใจเต้น เร็วผิดปกติผิดจังหวะ เหงื่อออก ผิวซี้น ริมฝีปากและปลายมือ ปลายเท้าเขียว หยุดหายใจ 2. O ₂ sat ≥ 95 % 3. สัญญาณชีพปกติ BP Systolic 90-120 mmHg Diastolic 60- 90 mmHg HR=60-100/min RR=16-20/min BT=36.5-37.4 C 4. ปริมาณเสมหะลดลง 5. ฟังปอดไม่พบเสียง ผิดปกติ	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกาย พร่องออกซิเจน ได้แก่ ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่ายสับสนหายใจแรงและเร็วหรือหายใจ ลำบาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติผิดจังหวะ เหงื่อออก ผิวซี้น ริมฝีปากและ ปลายมือปลายเท้าเขียว หยุดหายใจ 2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Monitor EKG, O ₂ saturation 3. จัดทำให้ออกซิเจนสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจ หายใจสะดวก ลดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และทำให้เพิ่ม พื้นที่ในช่องอก 5. ดูแลให้ได้รับยา MO 3 mg vein prn ตาม แผนการรักษาของแพทย์ 6. ดูแลให้ได้รับยา fentanyl (10:1) vein 2cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O ₂ อย่างเพียงพอทาง เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้ - ปรับตั้ง setting เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา - ตรวจสอบน้ำกลั่นในเครื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ออกซิเจนที่มีความชื้นที่เพียงพอ - Suction ให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสมด้วยหลัก สะอาดปราศจากเชื้อ - ตรวจสอบให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่ง ที่ถูกต้องไม่เลื่อนหลุดและฟังปอดเพื่อประเมินเสียงลม เข้าปอด และดูแลไม่ให้สายหักพังงอ - วัด Cuff Pressure เวนละครั้งให้มี Pressure 25-30 CmH ₂ O ป้องกันเกิด Pressure necrosis 8. ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 2 unitตามแผนการรักษา 9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า Hb, Hct	1. ไม่มีอาการและ อาการแสดงของภาวะ พร่องออกซิเจน เช่น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่ายสับสน หายใจแรงและเร็วหรือ หายใจลำบาก หัวใจเต้น เร็วผิดปกติผิดจังหวะ เหงื่อออกผิวซี้น ริมฝีปากและปลายมือ ปลายเท้าเขียว หยุด หายใจ 2. Oxygen saturation 97-100 % 3. สัญญาณชีพปกติ BP 120-135/74-89 mmHg HR=78-90/min RR=16-20/min BT=38.0-38.4° C 4. ค่า Hb, Hct 32%

วันที่ 25 กรกฎาคม 2566

รู้สึกตัว ประเมิน Glasgow coma score E3VTM6 ADL=1 คะแนน On endotracheal tube No 7.0 mark 20 cm. with ventilator setting P-CMV mode Pi 15 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจไม่เหนื่อยหอบ O₂ sat 97-100 % ฟังเสียงปอดปกติ มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 1 สาย แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดซึม on tube drain 1 เส้น มี content ประมาณ 50 มิลลิลิตร ปวดแผลพอทน pain score 5-6/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 0.9% NSS 1,000 cc vein drip 100 cc/hr ไ่วที่แขนข้างซ้าย ไม่มีบวม แดง Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองเข้ม สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 37.4-38.0 องศาเซลเซียส อัตรา

การหายใจ อยู่ระหว่าง 14-18 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 70-82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 114-120 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 72-80 มิลลิเมตรปรอท Hct = 32%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 5-6/10 คะแนน

O: - ได้รับยา MO 3 ครั้ง

- On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting P-CMV mode Pi 15

PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ O₂ sat 98-100 %

- สัญญาณชีพ BP 114-120/72-80 mmHg HR=70-82/min RR=14-18/min BT=37.4-38.0° C

A: ปัญหาลดลง

P: กิจกรรมการพยาบาลคงเดิม เพิ่มเติมกิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตาม weaning protocol เพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจเร็วที่สุด โดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

- ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย

- ประเมินความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความพร้อมที่จะหายใจเอง และสามารถควบคุมการหายใจของตนเองได้ โดยการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ

- ให้คำชมเชยว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 2 unitตามแผนการรักษา

วันที่ 26 กรกฎาคม 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัวดี ประเมิน Glasgow coma score E3VTM6 On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting spont mode Ps 10 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อย O₂ sat 98-100 % ฟังเสียงปอดปกติ มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 1 สาย แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดซึม on tube drain 1 เส้น มี content ประมาณ 10 มิลลิลิตร ปวดแผลพอน pain score 3/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 0.9% NSS 1,000 cc vein drip 80 cc/hr ไว้วีที่แขนข้างซ้าย ไม่มีบวมแดง Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.8-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 14-18 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 72-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 120-126 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 80-87 มิลลิเมตรปรอท Hct = 35%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 3/10 คะแนน

O: - ได้รับยา MO 1 ครั้ง

- On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting spont mode

Ps 10 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ O₂ sat 98-100 %

- สัญญาณชีพ BP 120-126/80-87 mmHg HR=72-80/min RR=16-20/min BT=36.8-37.5° C

A: ปัญหาลดลง

P: กิจกรรมการพยาบาลคงเดิม เพิ่มเติมกิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหยาเครื่องช่วยหายใจตาม weaning protocol เพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจเร็วที่สุด โดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

- ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย

- ประเมินความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความพร้อมที่จะหายใจเอง และสามารถควบคุมการหายใจของตนเองได้ โดยการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ

- ให้คำชมเชยว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. การบริหารการหายใจ (breathing retraining technique or breathing exercise) เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้กล้ามเนื้อกะบังลมในการหายใจ และส่งเสริมการระบายอากาศการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดให้ดีขึ้น

2.1 การฝึกหายใจ (breathing exercise) เริ่มด้วยการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกอย่างช้า ๆ ใช้เวลาประมาณ 3 เท่าของช่วงหายใจเข้า จากนั้นหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก แต่เมื่อหายใจออกให้ผู้ผู้ป่วยห่อปากเล็กน้อยลักษณะคล้ายพิวปาก (pursed - lip technique) ซึ่งจะช่วยให้เกิดแรงต้านของลมหายใจออกในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น มีแรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น ช่วยต้านแรงดันจากช่องเยื่อหุ้มปอดมีผลทำให้ถุงลมและหลอดลมปอดกลับตัวซ้ำลงจึงเป็นการเพิ่มปริมาณอากาศที่หายใจออกเพิ่มขึ้น อากาศที่คั่งค้างในปอดจึงลดน้อยลง

2.2 การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลมและหน้าท้อง (diaphragmatic or abdominal breathing) โดยให้ผู้ป่วยทำในท่านอน ใช้มือข้างใดข้างหนึ่งวางบนทรวงอก อีกข้างหนึ่งวางไว้บนท้องบริเวณสะดือ สอนให้ผู้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ ในขณะเดียวกันที่ท้องบ่งออกและหายใจออกช้า ๆ โดยห่อริมฝีปากไว้ด้วย ในขณะที่ท้องยุบลง มือทั้ง 2 ข้างควรตรวจสอบว่าการหายใจถูกต้องหรือไม่ ถ้าช่วงหายใจเข้า มือที่วางบนหน้าอกขยับขึ้น แสดงว่าใช้กล้ามเนื้อทรวงอกแทนที่จะเป็นกล้ามเนื้อกะบังลม หลังจากฝึกได้ถูกต้องแล้ว สามารถฝึกได้ในท่านั่ง ยืน และเดินต่อไป

3. โออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) โดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ 2-3 ครั้ง จากนั้นสูดหายใจเข้าช้า ๆ ทางจมูกอย่างเต็มที่ และกลั้นหายใจไว้ครู่หนึ่งประมาณ 2 ถึง 3 วินาที โนม้ตัวมาข้างหน้า และไอออกมาติดต่อกัน 2 ถึง 3 ครั้ง ช่วยกันกำจัดเสมหะที่คั่งค้างให้หมดไปจากทางเดินหายใจของผู้ป่วย

วันที่ 27 กรกฎาคม 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัวดี ประเมิน Glasgow coma score E3VTM6 On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting spont mode Ps 10 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อย O₂ sat 98-100 % ฟังเสียงปอดปกติ มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 1 สาย แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดซึม on tube drain 1 เส้น content ประมาณ 10 มิลลิลิตร ปวดแผลพอน pain score 2/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 0.9% NSS 1,000 cc vein drip 80 cc/hr ไว้วีที่แขนซ้ายซ้าย ไม่มีบวมแดง Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.0-36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 14-16 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 68-82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 116-125 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 70-84 มิลลิเมตรปรอท Hct = 38%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 2/10 คะแนน

O: - ในเวรไม่ได้รับยา MO

- On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting spont mode

Ps 10 PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ O₂ sat 98-100 %

- สัญญาณชีพปกติ BP 116-125/70-84 mmHg HR=68-82/min RR=14-16/min BT=36.0-36.8° C

A: ปัญหาลดลง

P: กิจกรรมการพยาบาลคงเดิม เพิ่มเติมกิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตาม weaning protocol เพื่อให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ โดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

- ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วย
- ประเมินค่า Hb, Hct
- ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วย โดยผู้ป่วยควรมีสิ่งต่อไปนี้ 1) ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง 2) มีรีเฟล็กซ์ของการไอ (Cough reflex) โดยสังเกตขณะดูดเสมหะผู้ป่วย 3) มีรีเฟล็กซ์ของการขย้อน (Gag reflex) โดยสังเกตขณะดูดเสมหะผู้ป่วย 4) มีความคงที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดย HR < 120/min, EKG ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 5) RR < 35/min 6) ทดสอบ Cuff leak test ได้ผล positive หากผล Negative แสดงถึงหลอดลมบวมซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันได้

- ประเมินความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความพร้อมที่จะหายใจเอง และสามารถควบคุมการหายใจของตนเองได้ โดยการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ

2. ปฏิบัติการถอดท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วย โดยดำเนินการดังนี้

- ดูดเสมหะในหลอดลมและในปากผู้ป่วยให้หมด
- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมทำงานได้เต็มที่และป้องกันการสำลัก
- ปลดอลมจาก cuff ให้หมด ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่ แล้วจึงถอดท่อช่วยหายใจออก
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนแคนูลา 3-5 ลิตร/นาที

3. ฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 24 ชม. โดยติดตามสิ่งต่อไปนี้ 1) บันทึกสัญญาณชีพ ค่า SaO₂ ทุก 1 ชม. ติดต่อกันนาน 8 ชม. เป็นอย่างน้อย 2) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ RR > 24 bpm หรือ RR < 10 bpm ฟังเสียงปอดพบเสียง stridor ซึ่งเป็นภาวะที่มีการตีบแคบของทางเดินหายใจ

4. อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ

วันที่ 28 กรกฎาคม 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัว หน้าต้ายิ้มแย้มแจ่มใส เจ็บคอเล็กน้อย On O₂ canula 3 ลิตร/นาที ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ RR 16-18 ครั้ง/นาที O₂ sat 98-100 % ฟังเสียงปอดปกติ แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีเลือดซึม on tube drain 1 เส้น ไม่มี content ออกเพิ่ม ปวดแผลพอน pain score 1-2/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 0.9% NSS 1,000 cc vein drip 80 cc/hr ไว้ที่แขนซ้าย ไม่มีบวม แดง Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.0-36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ

อยู่ระหว่าง 16-18 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 72-78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 114-130 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 72-84 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 1-2/10 คะแนน

O: - On O₂ canula 3 ลิตร/นาที ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ

- O₂ sat 98-100 %

- ฟังเสียงปอดปกติ

- สัญญาณชีพปกติ BP 114-130/72-84 mmHg HR=72-78/min RR=16-18/min BT=36.0-36.8° C

A: ปัญหาหมดไป

P: ชื่นชมผู้ป่วยและแจ้งการเตรียมย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมไปหอผู้ป่วยศัลยกรรม

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 84 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้อง ใจไม่ดี ไม่ได้รับการรักษาใดๆ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง ใจไม่ดี มีไข้ จึงไปโรงพยาบาลพิชัย ขณะนอนโรงพยาบาลพิชัย ผู้ป่วยมีไข้ทุกวัน รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย หลังจากนอนโรงพยาบาล 1 วันมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ พ่นยาแล้วไม่ดีขึ้น และมีไข้สูงตลอด แพทย์วินิจฉัย Acute calculous cholecystitis R/O septic shock จึง Refer มารพ. อุดรดิตถ์ การวินิจฉัยโรคแรกรับ Acute calculous cholecystitis R/O septic shock การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน Emphysematous calculus cholecystitis การผ่าตัด Open Cholecystectomy with lysis adhesions หลังผ่าตัดย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม รู้สึกตัว ทำตามสั่งแต่ตอบสนองช้า ประเมิน Glasgow coma score E3VTM6 ADL=1 คะแนน On endotracheal tube No 7.0 mark 20 cm. with ventilator setting P-CMV mode P_i 15 PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.4 หายใจเหนื่อยเล็กน้อย RR 20 ครั้ง/นาที O₂ sat 97-100 % ฟังเสียงปอดปกติ มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 2 สาย มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง แผลแห้งดีไม่มีเลือดซึม on tube drain 1 เส้น มี content ประมาณ 170 มิลลิลิตร ปวดแผลพอก pain score 8/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออก on 0.9% NSS 1,000 cc vein drip 100 cc/hr ไ่ว้ที่แขนข้างซ้าย ไม่มีบวม แดง on fentanyl (10:1) vein 2cc/hr Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองเข้ม สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 38.2-38.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 18-20 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 74-86 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 112-128 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 74-84 มิลลิเมตรปรอท Hct = 28% ได้ให้การพยาบาลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จนสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้

ผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว จำนวนวันของการใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 วัน ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยไม่กลับมาใส่ท่อช่วยหายใจใหม่

กรณีศึกษาที่ 3

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 71 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดอึดแน่นท้องเป็นๆ หายๆ ซ้ำๆ มารับประทานเอง อาการไม่ดีขึ้น

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดอึดแน่นท้องทั่วๆ ท้อง คลื่นไส้ อาเจียนเป็นเศษอาหาร 5 ครั้ง ไม่มีไข้ ไม่มีถ่ายเหลว ไปตรวจที่โรงพยาบาลได้ยามารับประทาน อาการดีขึ้นเล็กน้อย

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดอึดแน่นท้องมากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำสีเขียว 2 ครั้ง ไปตรวจที่โรงพยาบาล เอกซเรย์พบ รอยพับของเยื่อเมือกของลำไส้เล็กร่วมกับการอุดตัน จึง refer มาโรงพยาบาล
อุตรดิตถ์

การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม Partial gut obstruction

การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน Complete small bowel obstruction with ileal stricture

การผ่าตัด Explor-lap to segmental ileal resection

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มะเร็งปากมดลูก มา 25 ปี รักษาโดยการฉายแสงและผ่าตัด

การประเมินสภาพและอาการปัจจุบัน

รูปร่างสมส่วน ผิวขาว รู้สึกตัวดี ประเมิน Glasgow coma score E4VTM3 On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting PCV mode Pi 20 Ti 1.0 PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.4 O₂ sat 96-98% หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี หายใจเหนื่อย มีเสมหะสีขาวขุ่นเหนียวประมาณ 2 สาย ฟังปอดพบ ขายปอดทั้งสองข้างเสียงเบา แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีเลือดซึม pain score 4 คะแนน NPO On NG tube with bag มี content สีเขียว ประมาณ 100 มิลลิลิตร on 0.9%NSS 1,000 cc vein drip 120 cc/hr ไ่วที่แขนข้างขวา ไม่มีบวมแดง, Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 38.0-38.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 86-96 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 102-118 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 74-78 มิลลิเมตรปรอท ผล chest x-ray พบ bilateral pleural effusion

รายการปัญหา (Problem lists)

1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

วันที่ 25 กันยายน 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาลและ เหตุผลทางวิทยาศาสตร์	ประเมินผล การพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่สำเร็จเนื่องจากพื้นที่ในการ แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง S: หายใจเหนื่อย O: -On ET No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting PCV mode Pi 20 Ti 1.0 PEEP 5 cmHO ₂ FiO ₂ 0.4 O ₂ sat 96-98% -มีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 2 สาย -ฟังปอด พบชายปอดทั้งสอง ข้างเสียงเบา -ผล chest x-ray พบ bilateral pleural effusion - สัญญาณชีพปกติ BP 102-118/74-78 mmHg HR=86-96/min RR=16-20 /min BT=38.0-38.5° C	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ และสามารถหย่า เครื่องช่วยหายใจ ได้สำเร็จ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการและ อาการแสดงของภาวะ พร่องออกซิเจน เช่น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่ายสับสน หายใจแรงและเร็วหรือ หายใจลำบากหัวใจเต้น เร็วผิดปกติผิดปกติหวั่น เหงื่อออก ผิวซี้น ริมฝีปากและปลายมือ ปลายเท้าเขียว หยุดหายใจ 2. O ₂ sat ≥ 95 % 3. สัญญาณชีพปกติ BP Systolic 90-120 mmHg Diastolic 60- 90 mmHg HR=60-100/min RR=16-20/min BT=36.5-37.4 C 4. ปริมาณเสมหะลดลง 5. ฟังปอดไม่พบเสียง ผิดปกติ 6.ผล chest x-ray ปกติ	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกาย พร่องออกซิเจน ได้แก่ ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่ายสับสนหายใจแรงและเร็วหรือหายใจ ลำบาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติผิดปกติหวั่น เหงื่อออก ผิวซี้น ริมฝีปากและ ปลายมือปลายเท้าเขียว หยุดหายใจ 2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Monitor EKG, O ₂ saturation 3. จัดทำให้ผู้ป่วยศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมยกตัวขึ้น เพิ่มพื้นที่ในช่องอก 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O ₂ อย่างเพียงพอทาง เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้ - ปรับตั้ง setting เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา - ตรวจสอบน้ำกลั่นในเครื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ออกซิเจนที่มีความชื้นที่เพียงพอ - Suction ให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสมด้วยหลัก สะอาดปราศจากเชื้อ - ตรวจสอบให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่ง ที่ถูกต้องไม่เลื่อนหลุดและฟังปอดเพื่อประเมินเสียงลม เข้าปอด และดูแลไม่ให้สายหักพับงอ - วัด Cuff Pressure เวนละครั้งให้มี Pressure 25-30 CmH ₂ O ป้องกันเกิด Pressure necrosis 5. ดูแลเสมหะให้ผู้ป่วยเมื่อจำเป็น 6. ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา 7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ 8. ติดตามผล chest x-ray ตามแผนการรักษา	1. ไม่มีอาการและ อาการแสดงของภาวะ พร่องออกซิเจน เช่น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่ายสับสน หายใจแรงและเร็วหรือ หายใจลำบาก หัวใจเต้น เร็วผิดปกติผิดปกติหวั่น เหงื่อออกผิวซี้น ริมฝีปากและปลายมือ ปลายเท้าเขียว หยุด หายใจ 2. Oxygen saturation 96-98 % 3.สัญญาณชีพ BP 100-124/70-79 mmHg HR=80-94/min RR=16-20 /min BT=37.9-38.3° C

วันที่ 26 กันยายน 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัวดี ประเมิน Glasgow coma score E4VTM4 On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting PCV mode Pi 20 Ti 1.0 PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.4 O₂ sat 96-98% หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี หายใจเหนื่อย มีเสมหะสีขาวขุ่นเหนียวประมาณ 2 สาย ฟังปอดพบ ชายปอดทั้งสองข้างเสียงเบา ผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีเลือดซึม pain score 4 ค่ะแนบ NPO On NG tube with bag มี content สีเขียว ประมาณ 100 มิลลิลิตร on 0.9%NSS 1,000 cc vein drip 120 cc/hr ไ่วที่แขนข้างขวา ไม่มีบวมแดง, Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 37.9-38.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 80-94 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 100-124 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 70-79 มิลลิเมตรปรอท ผล chest x-ray พบ bilateral pleural effusion

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

S: -

O: - On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting PCV mode Pi 20 Ti 1.0 PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.4 RR 18 ครั้ง/นาที O₂ sat 100 %

- หายใจเหนื่อย มีเสมหะสีขาวขุ่นเหนียวประมาณ 2 สาย ฟังปอดพบชายปอดทั้งสองข้างเสียงเบา
- ผล chest x-ray พบ bilateral pleural effusion
- ได้รับยาขับปัสสาวะ
- สัญญาณชีพปกติ BP 100-124/70-79 mmHg HR=80-94/min RR=16-20/min BT=37.9-38.3° C

A: ปัญหายังคงเดิม

P: กิจกรรมการพยาบาลคงเดิม เพิ่มเติมกิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตาม weaning protocol เพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจเร็วที่สุด โดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

- ประเมินความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการหายใจเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความพร้อมที่จะหายใจเอง และสามารถควบคุมการหายใจของตนเองได้ โดยการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ

- ให้คำชมเชยว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. การบริหารการหายใจ (breathing retraining technique or breathing exercise) เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้กล้ามเนื้อกะบังลมในการหายใจ และส่งเสริมการระบายอากาศการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดให้ดีขึ้น

2.1 การฝึกหายใจ (breathing exercise) เริ่มด้วยการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกอย่างช้า ๆ ใช้เวลาประมาณ 3 เท่าของช่วงหายใจเข้า จากนั้นหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก แต่เมื่อหายใจออกให้ผู้ผู้ป่วยห่อปาก เล็กน้อยลักษณะคล้ายฟิวปาก (pursed - lip technique) ซึ่งจะช่วยให้เกิดแรงต้านของลมหายใจออกในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น มีแรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น ช่วยต้านแรงดันจากช่องเยื่อหุ้มปอดมีผลทำให้ถุงลมและหลอดลมปอดกลับตัวช้าลงจึงเป็นการเพิ่มปริมาณอากาศที่หายใจออกเพิ่มขึ้น อากาศที่คั่งค้างในปอดจึงลดน้อยลง

2.2 การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลมและหน้าท้อง (diaphragmatic or abdominal breathing) โดยให้ผู้ป่วยทำในท่านอน ใช้มือข้างใดข้างหนึ่งวางบนทรวงอก อีกข้างหนึ่งวางไว้บนท้องบริเวณสะดือ สอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ ในขณะที่เดียวกับที่ท้องป่องออกและหายใจออกช้า ๆ โดยห่อริมฝีปากไว้ด้วย ในขณะที่ท้องยุบลง มือทั้ง 2 ข้างควรตรวจสอบดูว่าการหายใจถูกต้องหรือไม่ ถ้าช่วงหายใจเข้า มือที่วางบนหน้าอกขยับขึ้น แสดงว่าใช้กล้ามเนื้อทรวงอกแทนที่จะเป็นกล้ามเนื้อกะบังลม หลังจากฝึกได้ถูกต้องแล้ว สามารถฝึกได้ในท่านั่ง ยืน และเดินต่อไป

3. โออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) โดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ 2-3 ครั้ง จากนั้นสูดหายใจเข้าช้า ๆ ทางจมูกอย่างเต็มที่ และกลืนหายใจไว้ครู่หนึ่งประมาณ 2 ถึง 3 วินาที โนม้ตัวมาข้างหน้า และไอออกมาติดต่อกัน 2 ถึง 3 ครั้ง ช่วยกันกำจัดเสมหะที่คั่งค้างให้หมดไปจากทางเดินหายใจของผู้ป่วย

วันที่ 27 กันยายน 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัวดี ประเมิน Glasgow coma score E4VTM4 On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting PCV mode Pi 20 Ti 1.0 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 RR 18 ครั้ง/นาที O₂ sat 97-99% หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี หายใจเหนื่อยเล็กน้อย มีเสมหะสีขาวขุ่นเหนียวประมาณ 2 สาย ฟังปอดพบชายปอดทั้งสองข้างเสียงเบา ผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีเลือดซึม pain score 2 คะแนน NPO On NG tube with bag มี content สีเขียว ประมาณ 100 มิลลิลิตร on 0.9%NSS 1,000 cc vein drip 120 cc/hr ไ่วที่แขนข้างขวา ไม่มีบวมแดง, Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 37.5-38.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 80-88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 100-118 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 72-78 มิลลิเมตรปรอท ผล chest x-ray พบ bilateral pleural effusion ลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

S: -

O: - On endotracheal tube No.7.5 mark 20 cm. with ventilator setting PCV mode Pi 20 Ti 1.0 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 RR 18 ครั้ง/นาที O₂ sat 100 %

- หายใจเหนื่อย มีเสมหะสีขาวขุ่นเหนียวประมาณ 2 สาย ฟังปอดพบชายปอดทั้งสองข้างเสียงเบา
- ผล chest x-ray พบ bilateral pleural effusion ลดลง
- ได้รับยาขับปัสสาวะ
- สัญญาณชีพปกติ BP 100-118/72-78 mmHg HR=80-88/min RR=16-20/min BT=37.5-38.1° C

A: ปัญหาลดลง

P: กิจกรรมการพยาบาลคงเดิม เน้นกิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตาม weaning protocol เพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจเร็วที่สุดโดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1.1 บอกความก้าวหน้าในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย

1.2 ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมีความพร้อมที่จะหายใจเองและสามารถควบคุมการหายใจของตนเองได้ โดยการหายใจเข้า-ออกช้า ๆ ลึก ๆ

1.3 คำชมเชยว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและทำกายภาพบำบัดโดยเร็ว ทำกิจกรรมที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทรวงอก ส่งเสริมการขยายตัวของปอด และการเคาะปอด การสั่นสะเทือนทรวงอก ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการคั่งค้างของเสมหะในปอดและลำคอ ซึ่งช่วยให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจประสบความสำเร็จมากขึ้น

วันที่ 28 กันยายน 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัวดี ประเมิน Glasgow coma score E4VTM5 On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting spont mode Ps 10 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีหายใจเหนื่อย O₂ sat 98-99% มีเสมหะสีขาวใสประมาณ 1 สาย ฟังปอดพบ ชายปอดทั้งสองข้างยังเสียงเบาแต่ดีขึ้นมาก แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีเลือดซึม pain score 1-2 คะแนน NPO On NG tube with bag มี content สีเขียว ประมาณ 10 มิลลิลิตร on 0.9%NSS 1,000 cc vein drip 100 cc/hr ไ่วที่แขนข้างขวา ไม่มีบวมแดง, Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 37.2-37.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16-18 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 76-82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 110-126 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 72-82 มิลลิเมตรปรอท ผล chest x-ray พบ bilateral pleural effusion ลดลงมาก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

S: -

O: - On endotracheal tube No.7.5 mark 20 cm. with ventilator setting PCV mode Pi 20 Ti 1.0 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 RR 18 ครั้ง/นาที O₂ sat 100 %

- หายใจเหนื่อย มีเสมหะสีขาวชุ่มเหนียวประมาณ 2 สาย ฟังปอดพบชายปอดทั้งสองข้างเสียงเบาแต่ดีขึ้นมาก
- ผล chest x-ray พบ bilateral pleural effusion ลดลงมาก
- ยังได้รับยาขับปัสสาวะ
- สัญญาณชีพปกติ BP 110-126/72-82 mmHg HR=76-82/min RR=16-18/min

BT=37.2-37.9° C

A: ปัญหาลดลง

P: กิจกรรมการพยาบาลคงเดิม เน้นกิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตาม weaning protocol เพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจเร็วที่สุดโดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1.1 บอกความก้าวหน้าในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย

1.2 ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมีความพร้อมที่จะหายใจเองและสามารถควบคุมการหายใจของตนเองได้ โดยการหายใจเข้า-ออกเข้า ๆ ลึก ๆ

1.3 คำชมเชยว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. ปฏิบัติการถอดท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วย โดยดำเนินการดังนี้

- ดูดเสมหะในหลอดลมและในปากผู้ป่วยให้หมด

- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมทำงานได้เต็มที่และป้องกันการสำลัก

- ปล่อยลมจาก cuff ให้หมด ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่ แล้วจึงถอดท่อช่วยหายใจออก

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนแคนูลา 3-5 ลิตร/นาที่

3. เผ่าสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 24 ชม. โดยติดตามสิ่งต่อไปนี้ 1) บันทึกสัญญาณชีพ ค่า SaO₂ ทุก 1 ชม. ติดต่อกันนาน 8 ชม. เป็นอย่างน้อย 2) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ RR > 24 bpm หรือ RR < 10 bpm ฟังเสียงปอดพบเสียง stridor ซึ่งเป็นภาวะที่มีการตีบแคบของทางเดินหายใจ

4. อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ

วันที่ 29 กันยายน 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัวดี หน้าตาแจ่มใส On O₂ canula 3 ลิตร/นาที่ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ RR 14-18 ครั้ง/นาที่ O₂ sat 98-99 % ฟังเสียงปอดปกติ แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ปวดแผลพอน pain score 1/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออกเพิ่ม on 0.9%NSS 1,000 cc vein drip 100 cc/hr ไว้ที่แขนข้างขวา ไม่มีบวมแดง, Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.4-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 14-18 ครั้ง/นาที่ ชีพจร อยู่ระหว่าง 72-80 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 110-122 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 72-84 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 1/10 คะแนน

O: - On O₂ canula 3 ลิตร/นาที่ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ

- O₂ sat 98-99%

- ฟังเสียงปอดปกติ

- สัญญาณชีพปกติ BP 110-122/72-84 mmHg HR=72-80/min RR=14-18/min

BT=36.4-37.3° C

A: ปัญหาหมดไป

P: ชื่นชมผู้ป่วยและแจ้งการเตรียมย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมไปหอผู้ป่วย ศัลยกรรม

วันที่ 30 กันยายน 2566

อาการปัจจุบัน รู้สึกตัวดี หน้าตาแจ่มใส On O₂ canula 3 ลิตร/นาที่ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ RR 14-18 ครั้ง/นาที่ O₂ sat 98-99 % ฟังเสียงปอดปกติ แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ปวดแผลพอน pain score 1/10 คะแนน On NG tube with bag ไม่มี content ออกเพิ่ม on 0.9%NSS 1,000 cc vein drip 100 cc/hr ไว้ที่แขนข้างขวา ไม่มีบวมแดง, Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 36.2-36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16-18 ครั้ง/นาที่ ชีพจร อยู่ระหว่าง 68-76 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 108-118 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 72-86 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 1/10 คะแนน

O: - On O₂ canula 3 ลิตร/นาที่ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ

- O₂ sat 98-99%

- ฟังเสียงปอดปกติ
- สัญญาณชีพปกติ BP 108-118/72-86 mmHg HR=68-76/min RR=16-18/min BT=36.2-36.8° C

A: ปัญหาหมดไป

P: ย้ายผู้ป่วยออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมไปหอผู้ป่วยศัลยกรรม

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 71 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดอึดแน่นท้อง เป็นๆ หายๆ ซ้ำๆ มารับประทานเอง อาการไม่ดีขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดอึดแน่นท้องทั่วๆ ท้อง คลื่นไส้ อาเจียนเป็นเศษอาหาร 5 ครั้ง ไม่มีไข้ ไม่มีถ่ายเหลว ไปตรวจที่โรงพยาบาลได้ยามารับประทาน อาการดีขึ้น เล็กน้อย 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดอึดแน่นท้องมากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำสีเขียว 2 ครั้ง ไปตรวจที่โรงพยาบาล เอกซเรย์พบ รอยพับของเยื่อเมือกของลำไส้เล็กร่วมกับการอุดตัน จึง refer มาโรงพยาบาล อุดรดิตถ์ การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม Partial gut obstruction การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน Complete small bowel obstruction with ileal stricture การผ่าตัด Explor-lap to segmental ileal resection หลังผ่าตัดย้ายเข้าหอ อภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมิน Glasgow coma score E4VTM3 On endotracheal tube No.7.0 mark 20 cm. with ventilator setting PCV mode Pi 20 Ti 1.0 PEEP 5 cmHO₂ FiO₂ 0.4 O₂ sat 96-98% หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี หายใจเหนื่อย มีเสมหะสีขาวขุ่นเหนียวประมาณ 2 สาย ฟังปอดพบ ชายปอดทั้งสองข้างเสียงเบา แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีเลือดซึม pain score 4 คะแนน NPO On NG tube with bag มี content สีเขียว ประมาณ 100 มิลลิลิตร on 0.9%NSS 1,000 cc vein drip 120 cc/hr ไ่วที่แขนข้างขวา ไม่มี บวม แดง, Retained Foley's cath with bag urine flow ดี สีเหลืองใส สัญญาณชีพ BT อยู่ระหว่าง 38.0-38.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร อยู่ระหว่าง 86-96 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 102-118 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ระหว่าง 74-78 มิลลิเมตรปรอท ผล chest x-ray พบ bilateral pleural effusion ได้ให้การพยาบาลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จนสามารถ หย่าเครื่องช่วยหายใจได้

ผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้เร็ว จำนวนวันของการใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 วัน ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยไม่กลับมาใส่ท่อช่วยหายใจใหม่