

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แบบประเมินความป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

เสนอโดย

นางสาวสุศารัตน์ สุวรรณชาดา

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 819)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มการกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเชริญกรุงประชาธิรักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 8 วัน (ตั้งแต่วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2563)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease: CAD) หมายถึง หลอดเลือดโคโรนารีมีการตีบตัน เป็นผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งเป็นก่อสูมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก เมื่อรักษาทางยาไม่ดีขึ้น มีอาการเหนื่อยหอบ เหนื่อแตก บางรายมีภาวะซึ้งกรรwarm ด้วย จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และราธกัญญา พริกบุญจันทร์, 2560)

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass grafting: CABG) เป็นการผ่าตัดเปิดช่องอก และทำการตัดต่อเส้นเลือดระหว่างเส้นเลือดแดงของเออร์ตา (aorta artery) กับใต้ต่ำแน่นที่นิการอุดตันของเส้นเลือดโคโรนารี (coronary artery) เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจสามารถได้รับเลือดมากขึ้น (สิริกัญญารัตน์ ศรีเกณ์, 2563)

สาเหตุ

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งได้ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม 2) ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน หากการออกกำลังกาย และภาวะเครียด เป็นต้น (จรัญ สายสะติ, 2563)

พยาธิสรีรภาพ

โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากไขมันสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด เมื่อไขมันมีปริมาณมากขึ้นทำให้มี การแข็งตัว แล้วแทรกตัวเข้าไปใต้ชั้นเยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในสุด จนเกิดการรวมกันเป็นไขมันสะสม (foam cells) ในระยะแรกไขมันสะสมจะไม่ไปบดขวางการไหลเวียนเลือด จึงไม่มีผลต่อการไหลเวียนเลือด แต่ในระยะต่อมา เมื่อไขมันสะสมเพิ่มมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพังผืด (plaque) มีลักษณะเป็นแผ่นนูนแข็ง ล่างผลให้ชั้นเยื่อบุผนังหลอดเลือดเกิดการอักเสบ และอาจขยายบุหรี่เข้าไปบดขวางการไหลเวียนเลือด หรือเกิดการอุดตันของหลอดเลือด ได้จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกร (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และราธกัญญา พริกบุญจันทร์, 2560)

อาการและการแสดง

อาการและการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้ (จรัญ สายสะติ, 2563)

1. ไม่มีอาการ อาจมีพยาธิสภาพของเส้นเลือดหนึ่งเส้น สองเส้นหรือทั้งสามเส้น แต่มีหลอดเลือดแดงแข็งเพียงพอที่จะไม่ทำให้เกิดอาการในภาวะปกติ
2. อาการเจ็บหน้าอกรึรัง ความรุนแรงของอาการเจ็บแolor หน้าอกร แบ่งได้โดยใช้ Canadian classification system ดังนี้

class 1 มีอาการเจ็บแolor หน้าอกรเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานหนักมากกว่าปกติ เป็นระยะเวลานาน

class 2 มีอาการเมื่อเดินอย่างรวดเร็วในทางราบหรือเดินขึ้นบันไดอย่างเร็ว

class 3 มีอาการเมื่อเดินชั้นๆ ประมาณ 50 เมตร หรือเดินขึ้นบันได 1 ชั้น

class 4 มีอาการขณะพักหรือออกแรงเล็กน้อย และหากอาการเจ็บแน่นหน้าอกต่อเนื่องนานกว่า 15 นาที เรียกว่า unstable angina

3. อาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงและเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ระยะเวลาของอาการนานกว่าเดิม ความลึกของการบ่ออยู่ขึ้น อาการเกิดขึ้นขณะพักหรือเกิดอาการแล้วอมยาได้ลืมไม่ได้ ขึ้น คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเดือด เช่น คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีการลดระดับช่วงเอสที (ST depression) หรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่หัวกลับ (T wave inversion) ส่วนเอนไขม์การทำงานของหัวใจปกติ หรือสูงขึ้นเล็กน้อย

4. อาการเจ็บหน้าอกเมื่อมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นเวลามากกว่า 30 นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีการยกระดับช่วงเอสที (ST elevation) และพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจคิว (Q wave) ในเวลาต่อมา

5. อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการเหนื่อยล้ำ นอนราวนี้ไม่ได้ พับในผู้ป่วยที่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้าง

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้ (ราชบูรณะสหกิจ, 2563)

1. การซักประวัติ ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ประวัติทางพันธุกรรม พฤติกรรมการดำเนินชีวิต อาหารและอาหารแสตลงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น อาการเจ็บหน้าอก คลื่นไฟฟ้าจีบิน เหนื่อยขณะออกแรง อาการหอบเหนื่อย เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย อาจพบผู้ป่วยมีอาการเจ็บเด็ก ตัวเย็น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะออกน้อย พิงหัวใจได้ยินเสียงที่ 3 (third heart sound: S3) และเสียงที่ 4 (fourth heart sound: S4) ผิวหนังเย็น

3. การตรวจค่าอนามัยการทำงานของหัวใจค่า troponin T ค่าปกติ 0.1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร และค่า troponin I ค่าปกติ 2 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร อาจเพิ่มสูงขึ้น ได้มากกว่า 20 เท่าของค่าปกติ

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram: ECG) อาจพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผนังหัวใจหนาหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาพถ่ายรังสีตรวจอกอาจพบเงาหัวใจที่โตขึ้น

5. การทดสอบหัวใจด้วยการเดินสายพาน (exercise stress test: EST) ตรวจโดยให้ผู้ป่วยเดินและวิ่งบนสายพาน ซึ่งเป็นช่วงที่หัวใจต้องการเลือดหรือออกซิเจนมากขึ้น หากมีหลอดเลือดหัวใจตีบจะเกิดอาการแน่นหน้าอก หรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง

6. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiogram) พบรากการบีบตัวของหัวใจห้องซ้าย ความผิดปกติในการบีบตัวของหัวใจบางส่วน ซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

7. การสวนหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery angiography: CAG) เป็นการนឹดสารทึบแสงเข้าสู่เส้นเลือดโคโรนารีทั้งซ้ายและขวา เพื่อให้ได้ภาพที่แสดงลักษณะทางกายวิภาคของหลอดเลือดโคโรนารี โดยเฉพาะตำแหน่ง ลักษณะและความรุนแรงของรอยโรคที่มีการตีบตันของเส้นเลือด

การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาทางยา 2) การรักษาผ่านทางสายส่วนหลอดเลือดหัวใจ 3) การรักษาโดยการผ่าตัด CABG แบ่งออกเป็น 2 วิธีคือ 3.1) การผ่าตัดโดยไม่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (off-pump coronary artery bypasses: OPCAB) 3.2) การผ่าตัดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (cardiopulmonary bypass machine: CPB) (จรัญ สายสสติตย์, 2563) ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะวิธีนี้เนื่องจากผู้ป่วยรายกรณีได้รับการผ่าตัด CABG โดยใช้ CPB

การผ่าตัดโดยใช้ CPB เป็นการผ่าตัดตามความยาวของกระดูกหน้าอก (sternum) เพื่อให้ได้ช่องว่างมากพอในการเข้าไปผ่าตัดหัวใจ ในการผ่าตัดจะมีการหยุดการทำงานของหัวใจด้วยสารละลาย cardioplegia และแพทย์จะสามารถจัดการกับเส้นเลือดน้ำนมได้โดยในขณะนี้เส้นเลือดจะไหลผ่าน CPB แทน หลังจากนั้นแพทย์จะทำการวางเส้นเลือดใหม่ โดยเปลี่ยนเส้นทางของเส้นเลือดใหม่ให้มากที่สุด หรืออาจจำนำเส้นเก่าออกและต่อเส้นใหม่เข้าไปแทน ดังนั้นเวลาที่ใช้ CPB จะขึ้นอยู่กับความเร็วในการเปลี่ยนหรือตัดต่อเส้นเลือดน้ำนม และจำนวนเส้นเลือดที่ต้องเปลี่ยน หลังจากจัดการเส้นเลือดหัวใจเรียบร้อยแล้วจะเริ่มทำให้หัวใจกลับมาทำงานอีกครั้ง ทำการมัดและจัดกระดูกหน้าอกเข้าที่เดิม โดยใช้ลวด เพื่อเพิ่มความแข็งแรงระหว่างที่รอกระดูกติดและทำการเย็บปิดแผลที่หน้าอก (เพลี่ญจันทร์ แสนประลัย และจารุกัญญา พริกนุญจันทร์, 2560)

การเลือกเส้นเลือดที่ใช้ในการผ่าตัด CABG

การเลือกเส้นเลือด (conduits) พิจารณาเลือกต่อเส้นเลือดใดและใช้เส้นเลือดชนิดใด ขึ้นอยู่กับลักษณะรอยโรคของเส้นเลือดที่พบจากการสำรวจหลอดเลือดหัวใจ ชนิดของเส้นเลือด ได้แก่ (จรัญ สายสสติตย์, 2563)

1. เส้นเลือดแดงเสริม (arterial graft) ได้แก่

1.1 เส้นเลือดแดงหลังกระดูกหน้าอก (internal mammary artery: IMA หรือ internal thoracic artery: ITA) เป็นแขนงของ subclavian artery เป็นเส้นเลือดที่นิยมใช้

1.2 เส้นเลือดแดงท่อนระหว่างข้อมือและข้อศอก (radial artery) ก่อนการผ่าตัดต้องตรวจสอบแขนงข้างที่จะใช้ radial artery โดยการทำ Allen' test เพื่อให้มั่นใจว่า ulna artery ในแขนงข้างนั้นสามารถเลี้ยงมือได้เพียงพอ

1.3 เส้นเลือดแดงแกสโตรอพิโพลอก (gastroepiploic artery: GEA) ซึ่งท่ออยู่ส่วนโค้งใหญ่ (greater curvature) ของกระเพาะอาหาร โดยลอดผ่านกระบังลมขึ้นมาต่อ กับเส้นเลือดหัวใจ

2. เส้นเลือดคำเสริม (vein graft) นิยมใช้คือเส้นเลือดคำที่ขา (greater saphenous vein) เนื่องจากเป็นเส้นเลือดที่ยาว นำออกมากใช้ง่าย โดยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อขาข้างนั้นต่ำ

การพยาบาล

การพยาบาลในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG โดยใช้ CPB

การพยาบาลก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (วนิดา ดุรงค์ฤทธิ์ชัย, ณัฐณภัทร วัฒนาเดชาภุล, รัชนี ผิวผ่อง และสุวรรณี มงคลรุ่งเรือง, 2559)

1. การพยาบาลด้านร่างกาย

1.1 การเต็รียมผลตรวจทางห้องปฐบติการ และผลการตรวจพิเศษให้ครบถ้วน ได้แก่ ผลการตรวจการแข็งตัวของเลือด และความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดค่าเกลือแร่ในร่างกาย ผลตรวจลิ่นไฟฟ้าหัวใจ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผลตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ผลการทดสอบหัวใจด้วยการเดินสายพาน ผลการส่วนหลอดเลือดหัวใจ และการเต็รียมเลือดไว้ในกรณีฉุกเฉิน

1.2 งดอาหารและน้ำทางปาก 6-8 ชั่วโมง ให้ด้วยด้านการเกาะกุ่นของเกลือดเลือดอย่างน้อย 7 วัน

1.3 สอนสาขิตการบริหารปอด ได้แก่ การไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกบริหารปอดด้วยเครื่องบริหารปอดชนิดควบคุมการไหลเข้าของอากาศแบบลูกกลอยไตรโฟ (triflow)

2. การพยาบาลด้านจิตใจ เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยและญาติอาหมีความวิตกกังวลในการผ่าตัด

2.1 ประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับการคุ้นเคยตัวเองของผู้ป่วย นำไปสู่การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2.2 ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด CABG ได้แก่ อธิบายการดูแลหลังการผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การค่าสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บริเวณคอ การค่าสายวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ การมีแพลงผ่าตัดบริเวณหน้าอกและการวางสายระบายน้ำออกจากช่องอก มีแพลงบริเวณขา และค่าสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

การพยาบาลหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตั้งแต่หลังผ่าตัดรวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด (วนิดา ดุรงค์ฤทธิ์ชัย, ณัฐณภร วัฒนาเดชาภูต, รชนี ผิวผ่อง และสุวรรณี มงคลรุ่งเรือง, 2559)

1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 5 นาที ในชั่วโมงแรก ทุก 15 นาทีในชั่วโมงที่ 2 และทุก 30 นาทีจนครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ติดตามผลตรวจทางห้องปฐบติการ

2. บันทึกปริมาณสารน้ำ เสื้อตัว ส่วนประกอบของเลือด ปริมาณเสื้อตอกทึ่งจากสายระบายน้ำในช่องอก (ค่าปกติออกน้ำยกรกว่า 8 มิลลิลิตรต่อวินาที) ให้กับร่างกายใน 1 ชั่วโมงแรก น้อยกว่า 4 มิลลิลิตรต่อวินาที ให้กับร่างกายใน 2-3 ชั่วโมง และน้อยกว่า 2 มิลลิลิตรต่อวินาทีใน 4 ชั่วโมง) และปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง (ค่าปกติปัสสาวะออก 0.5 มิลลิลิตรต่อวินาที) ติดตามค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous pressure: CVP) (ค่าปกติ 6-12 เซนติเมตรน้ำ)

3. สังเกตและบันทึกระบบหายใจทุก 30 นาทีจนครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประเมินลักษณะการหายใจ การทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปั๊ยนี้ และติดตามค่าก้าวในหลอดเลือดแดง

4. ให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยโดยใช้เครื่องควบคุมอุณหภูมิร่างกายด้วยแรงลมร้อน ประเมินความอบอุ่นของร่างกาย ปลายมือปลายเท้าทุก 1 ชั่วโมง ควบคุมอุณหภูมิของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 36.1-37.4 องศาเซลเซียส

5. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน (glasgow coma scale: GCS) เพื่อประเมินการกำหนดของเนื้อเยื่อสมอง การตรวจการตอบสนองของรูม่านตา (pupil) ต่อแสง คือ ดูขนาด รูปร่างของรูม่านตา ปกติจะมีรูปร่างกลมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง และการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) โดยการให้ผู้ป่วยยกแขน ยกขา กำเนื้อ งอแขน และให้ผู้ป่วยออกแรงด้านกับผู้ตรวจ ถ้าด้านแรงผู้ตรวจได้คือปกติ

6. ประเมินระดับความเจ็บปวดทุก 1 ชั่วโมง ให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดแพลผ่าตัด โดยจัดทำศีรษะสูงเพื่อลดการดึงรั้งของแพลงบริเวณหน้าอก ใช้หมอนประคองแพลงขณะให้การพยาบาลเพื่อลดการสั่นสะเทือนของบาดแผล คุ้ดแลให้ยาบรรเทาปวดและประเมินผลหลังจากการให้ยา

การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด

1. ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจถูกวิธี โดยการบริหารปอดด้วยไทรอฟป้องกันภาวะปอดแฟบ ฝึกยืนทรงตัวและเดิน
2. ออกบ่ายกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ช่วยฟื้นฟูร่างกาย ในช่วงสัปดาห์แรก เช่น เน้นการหายใจอยอย่างถูกวิธี ยกของหนักได้ไม่เกิน 1 กิโลกรัม ฝึกกายบริหาร กำนมือ แบบมือ กระคลายข้อมือขึ้นลง งอข้อศอก เทยข้อศอก เป็นต้น และหลังผ่าตัดเดือนที่ 3 สามารถกลับไปทำกิจกรรมตามปกติได้

3. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและยา การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 120/80-140/90 มิลลิเมตรปอร์托 ควบคุมระดับไขมันในเลือด ไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การควบคุมน้ำหนักและเมาระวนให้อยู่ในช่วง 80-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทะเล ไบ์เบง เครื่องในสัตว์ ขนมหวาน งดชา กาแฟ และน้ำอัดลม แนะนำการออกกำลังกายโดยการปรับความหนักของการออกกำลังกายโดยการออกกำลังกายแบบโรบิกและแบบมีแรงต้าน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของแขนและขา เช่น การปั่นจักรยาน เป็นต้น
ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา (ปราจี ทูไฟเราะ, 2559)

1. dopamine เป็นยากระตุ้นหัวใจ ออกฤทธิ์โดยทำให้หลอดเลือดล่วนปลายตืบ เพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปสู่อวัยวะในช่องท้อง ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชีพจรเต้นเร็ว ใจสั่น การพยาบาล สังเกตและบันทึกสัญญาณรีพ ลักษณะสีผิว และสารน้ำเข้าออกจากร่างกายของผู้ป่วย

2. morphine sulfate เป็นยากระตุ้นปวดชนิดสเปตติด บรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงรุนแรง ผลข้างเคียง กัดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ การพยาบาล สังเกตและตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ระดับความรู้สึกตัว ถ้าพบอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาทีให้รายงานแพทย์

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคหลอดเลือดหัวใจยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทย มีอัตราตายถึง 20,855 คน ต่อปี หรือชั่วโมงละ 2 คน (กองราชบัณฑิยากรนคุณ โรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค และการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตืบ โดยการผ่าตัด CABG เป็นการผ่าตัดหัวใจที่สูงเป็นอันดับ 1 และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเพิ่ม 57 เผือรชั้นต่อในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (สมาคมศัลยแพทย์หัวใจแห่งประเทศไทย, 2561) จากสถิติผู้เข้ารับการผ่าตัด CABG ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวน 56, 36 และ 46 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2561-2563) การผ่าตัด CABG เป็นการทำให้มีหลอดเลือดนำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ จึงสามารถลดอัตราการเสียชีวิตทันทีทันใดได้ เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตในระยะยาว การผ่าตัดส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งต้องใช้ CPB ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมี

ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด ตลอดจนเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และพื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาคืนคว้า รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจจากตำราวิชาการ วารสาร งานวิจัย และอินเตอร์เน็ต เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วย

2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 86 ปี เลขที่ผู้ป่วยนองค์ 20074/63 เลขที่ผู้ป่วยใน 19311/63 นำโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์ วันที่ 28 พฤษภาคม 2563 ที่ห้องผู้ป่วยศัลยกรรมชาย แพทย์วินิจฉัย มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ นัดผ่าตัด CABG วันที่ 30 พฤษภาคม 2563 หลังการผ่าตัดรับผู้ป่วยดูแลต่อ ที่หอภัยบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 7 ธันวาคม 2563 รวมระยะเวลาการรักษา ในโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน

3. ประเมินภาวะสุขภาพครองคุณทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้อง กับการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัจจัย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

5. ปฏิบัติกรรมการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลต่อเมื่อปัญหาไม่สิ้นสุดจนกระทั่งสำเร็จ หรือที่นักกายภาพบำบัด พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

6. สรุปผลการณ์ศึกษานำมาตรวจสอบความถูกต้อง จัดทำเป็นผลงานวิชาการและนำเสนอ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอ

กรุงศรีดิษฐ์บาน้ำผึ้ง ไวยาหารไทยอายุ 86 ปี นำโรงพยาบาลเจริญครองไว้

เวลา 09.20 นาฬิกา ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เลขที่ผู้ป่วยนอกรหัส 20074/63 เลขที่ผู้ป่วยใน 19311/63 แพทย์วินิจฉัย
มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ นัดผ่าตัด CABG ประวัติ 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตากสิน
ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI
(ST segment elevation myocardial infarction) ได้รับการรักษาโดยการ CAG พบร่วมหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น
(triple vessel disease: TVD) ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiogram) พบรักษาด้วยการบีบตัวของหัวใจ
ห้องล่างซ้าย (ejection fraction: EF) 38 เปอร์เซ็นต์ ผนังหัวใจล่างซ้ายบีบตัวน้อยและพบลิ่นหัวใจเออร์ติกร้า
ขนาดเล็กน้อย (mild aortic regurgitation) ส่งต่อโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
สาขาศัลยกรรมโรคหัวใจ หลอดเลือด และหัวใจ เพื่อให้การรักษาโดยการผ่าตัด

วันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 เวลา 20.50 นาฬิกา รับเข้าผู้ป่วยดูแลต่อที่ห้องอพิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด CABG ทั้งหมด 3 เส้น ได้แก่ เส้นเลือดดำบริเวณขาต่อ กับเส้นเลือดหัวใจด้านซ้าย เส้นเลือดดำบริเวณขาต่อ กับเส้นเลือดแดงด้านซ้ายแน่นที่ 2 และเส้นเลือดแดงหลังกระดูกหน้าอกต่อ กับเส้นเลือดหัวใจเส้นซ้ายหน้าอก

ระยะเวลาใช้ CPB 99 นาที และหนีบหลอดเลือดแดงเอกสาร์ตา 60 นาที ได้รับยา heparin 230 มิลลิกรัม ยา protamine sulfate 250 มิลลิกรัม สูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด 1,000 มิลลิลิตร ค่า hemoglobin (Hb) 6.6 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 14-18 กรัมต่อเดซิลิตร) ได้รับเดือดทະเหນทั้งหมด 3 ถุง (unit) ปริมาณ 620 มิลลิลิตร สถาพรรับผู้ป่วยใส่ห่อช่วยหายใจเบอร์ 8 ระดับความลึก 22 เซนติเมตร ต่อ กับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร (controlled mechanical ventilation: CMV mode) ตั้งค่าอัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ปริมาตรลมหายใจเข้า 420 มิลลิลิตร แรงดันบวกขณะหายใจออก 5 หมอนติดมาร์น้ำ ความหนืดขึ้นของออกซิเจน 50 เมอร์เซ็นต์ คลายล้วนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บริเวณคอข้างขวา (central line at right internal jugular) สายวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง (arterial line) ที่ข้อมือข้างซ้าย มีแพลงผ่าตัดบริเวณหน้าอก (median sternotomy) วางสายระบายเลือดจากช่องอกบริเวณด้านใต้หัวใจ (pericardium) บริเวณใต้กระดูกหน้าอก (mediasternum) และบริเวณช่องเยื่อหุ้มปอดด้านซ้าย (left pleural) ต่อขวด ICD ชนิด 1 ขนาด หัตถ์ 3 เส้น มีแพลงบริเวณขาข้างขวาบริเวณแพลงไม่มีเลือดซึม และคลายล้วนปัสสาวะลักษณะปัสสาวะเหลืองใส ประเมินผู้ป่วยแรกผู้ป่วยเรียกไม่ลืมตา ขยับแขนขาเมื่อเชิญ (GCS E1VTM4) ปลายมือ ปลายเท้าเชื่อม อุณหภูมิร่างกาย 35.7 องศาเซลเซียส ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสื่อมต่อระดับความรู้สึกตัวลดลงและอ่อนแรงจากการแทรกซ้อนของการใช้ CPB และการหนีบหลอดเลือดแดงให้ผู้เอกสาร์ตา ควบคุมอุณหภูมิผู้ป่วยโดยใช้เครื่องควบคุมอุณหภูมิร่างกายด้วยแรงลมร้อน (conventive warming) ที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง สังเกตและติดตามระดับความรู้สึกตัว GCS E3VTM4 อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น อัตราการเต้นของหัวใจ 75 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง 86/51 มิลลิเมตรปอร์ท ค่าความอ่อนตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เมอร์เซ็นต์ ให้ยา dopamine ขนาด 200 มิลลิกรัมผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำในอัตรา 28 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปรับลดยาตามค่าความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดงช่วงบนของผู้ป่วยมากกว่า 100 มิลลิเมตรปอร์ท ปริมาณเลือดคงค้างจากสายระบายในช่องอกเท่ากับ 100 มิลลิลิตรในชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดค่า hemoglobin (Hb) 10.7 กรัมต่อเดซิลิตร ค่า hematocrit (Hct) 31 เมอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 41-51 เมอร์เซ็นต์) ให้เลือด (leucocyte poor red blood cells: LPRC) 1 ถุง (unit) ปริมาณ 265 มิลลิลิตร และส่วนประกอบของเลือด (fresh frozen plasma: FFP) 2 ถุง (unit) ปริมาณ 449 มิลลิลิตร ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสื่อมต่อภาวะ hypovolemic shock ประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 5 นาที ในชั่วโมงแรก ทุก 15 นาที ในชั่วโมงที่ 2 และทุก 30 นาที จนครบ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด สังเกตและติดตามการทำงานของกล้ามไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ เลือด ส่วนประกอบของเลือด ปริมาณเลือดคงค้างจากสายระบายในช่องอก และปัสสาวะ ประเมินอาการแพ้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ผื่น ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การเต้นของหัวใจเป็นจังหวะสม่ำเสมออัตรา 65 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง 98/65 มิลลิเมตรปอร์ท ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายของผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเท่ากับ 1,414/1,610 มิลลิลิตร ค่า CVP 11 มิลลิเมตรปอร์ท เก็บตัวอย่างเพื่อเลือดส่งวิเคราะห์กําชื่นหลอดเลือดแดง (arterial blood gas analysis: ABG) ตามหลักปลดล็อกเชื้อ ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสื่อมต่อการแลกเปลี่ยนกําชับกพร่อง บันทึกการทำงานของเครื่องช่วยหายใจลักษณะการหายใจ จัดท่าศีรษะสูง 30 องศาให้ปอดขยายตัว ผล ABG พบว่า pO_2 150.30 มิลลิเมตรปอร์ท (ค่าปกติ

75-100 มิลลิเมตรปอร์ต) อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 26 ครั้งต่อนาที ค่าความอื้มตัวของออกซิเจนปลาญนิว 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขstanby นอนกร็องดูปวลดผลผ่าตัด ระดับความเจ็บปวด 7 คะแนน ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยปวลดผลผ่าตัด จัดท่าศีรษะสูง ใช้หมอนประคองแพลงและให้การพยาบาล จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยม ผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและแนวทางการรักษาเป็นระยะ และให้ยาบรรเทาปวด morphine ครั้งละ 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ประเมินสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา สังเกตถักษณะและอัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ระดับความเจ็บปวดลดลงเหลือ 3 คะแนน ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้

วันที่ 1 ธันวาคม 2563 หลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 9.30 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ (GCS E4VTM6) แขนและขาทั้ง 2 ข้างด้านแรงได้เดิมที่ แพลงบริเวณหน้าอกและขาข้างขวาไม่มีบวม แดง ร้อน ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสื่อมต่อ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและอ่อนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของการใช้ CPB และการหนีบหลอดเลือดแดงให้ญี่อ้อร์ดา ได้รับการแก้ไขหมดไป สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง 121/68 มิลลิเมตรปอร์ต ค่าความอื้มตัวของออกซิเจนปลาญนิว 100 เปอร์เซ็นต์ สามารถปรับลดยา dopamine ขนาด 200 มิลลิกรัม/min ใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำลงในอัตรา 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จนหยุดยาได้ ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสื่อมต่อภาวะ hypovolemic shock ได้รับการแก้ไขบางส่วน การพยาบาลคงเดิมและเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การเต้นของหัวใจปั่นจั่งหัวใจสม่ำเสมอ อัตรา 65 ครั้งต่อนาที ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายของผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงเท่ากับ 1,800/1,720 มิลลิลิตร ค่า CVP 10 มิลลิเมตรปอร์ต แพทช์พิจารณาหัวใจเรื่องช่วยหายใจและถอดหัวใจ ให้ออกซิเจนทางท่อจมูก (cannula) อัตราการไหล 5 ลิตรต่อนาที ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสื่อมต่อการเล็กเฉียบพลัน ได้รับการแก้ไขบางส่วน การพยาบาลคงเดิม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารปอดด้วยไตรโฟ ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ค่าความอื้มตัวของออกซิเจนปลาญนิว 99 เปอร์เซ็นต์ คุณไตรโฟได้ 1 ลูก ผู้ป่วยยังมีอาการปวลดผลผ่าตัด ระดับความเจ็บปวด 6 คะแนน ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยปวลดผลผ่าตัด ได้รับการแก้ไขบางส่วน การพยาบาลคงเดิม ระดับความเจ็บปวดลดลงเหลือ 2 คะแนน ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้

วันที่ 3 ธันวาคม 2563 หลังผ่าตัดวันที่ 3 เวลา 10 นาฬิกา ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 75 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ค่าความอื้มตัวของออกซิเจนปลาญนิว 99 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณเลือดคงค้างจากลายระบายน้ำในช่องอกเท่ากับ 50 มิลลิลิตรต่อ 24 ชั่วโมง แพทช์พิจารณาถอดสายวัดความดันทางหลอดเลือดแดง สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ถอดสายระบายน้ำเลือดบริเวณหน้าอก เฝ้าระวังภาวะตีออดอกในเมือยื่อ (hematoma) หลังถอดสายและเฝ้าระวังภาวะเลือดคั่งบีบรัดหัวใจ (cardiac tamponade) ได้แก่ อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง แพทช์พิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะ หลังการถอดสายผู้ป่วยสามารถปัสสาวะออกได้เอง ไม่มีอาการเสบขัด ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสื่อมต่อภาวะ hypovolemic shock ได้รับการแก้ไขหมดไป แพทช์พิจารณาถอดหัวใจ เสียผู้ป่วยหายใจด้วยอากาศปกติ (room air) ให้คำแนะนำนำผู้ป่วยมีมือการหอบเหนื่อยบนอนราบไม่ได้ให้แข็งพยาบาล บันทึกถักษณะการหายใจและค่าความอื้มตัวของออกซิเจนปลาญนิว ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย ค่าความอื้มตัวของออกซิเจนปลาญนิว 99 เปอร์เซ็นต์ ระดับความเจ็บปวดลดลงเหลือ 2 คะแนน

ปัญหาที่ 3 - ปัญหาที่ 4 ได้รับการแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วยสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด 1,000 มิลลิลิตร ค่า Hb 8.9 กรัมต่อลิตร ค่า Hct 26.1 เปลอร์เซ็นต์ ให้เลือดชนิด LPRC 1 ถุง ปริมาณ 274 มิลลิลิตร ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะช็อค บันทึกสัญญาณชีพ ประเมินอาการแพ้เลือด ติดตามค่า Hb 12.5 กรัมต่อลิตร ค่า Hct 35.7 เปลอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้เลือด

วันที่ 5 ธันวาคม 2563 หลังผ่าตัดวันที่ 5 เวลา 8.30 นาฬิกา แพทย์ผ่าตัดบริเวณหน้าอกและแผลบริเวณขาข้างขวาแห้งดี ไม่มีบวม แดง ร้อน สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/75 มิลลิเมตรปะอุท อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปั๊ยน้ำ 99 เปลอร์เซ็นต์ คุณได้รับไฟ 2 ถุง ปัญหาที่ 1 - ปัญหาที่ 5 ได้รับการแก้ไขทั้งหมด ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเดี่ยวต่อการทำงานของหัวใจลดลง ฝึกให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น ล้างหน้า แปรงฟันบันเดียง รับประทานอาหาร ลุกนั่งข้างเตียง ฝึกยืนทรงตัวและฝึกเดิน 5-10 นาที วันละ 1-2 ครั้ง ร่วมกับนักกายภาพบำบัด เป็นต้น จัดสภาพแวดล้อมให้แสงสว่างเพียงพอ ผู้ป่วยทรงตัวได้ดี ไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด สัญญาณชีพปกติ

วันที่ 7 ธันวาคม 2563 หลังผ่าตัดวันที่ 7 เวลา 10.30 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ฝึกเดินในระยะใกล้ กับนักกายภาพบำบัดทรงตัวได้ดี สัญญาณชีพปกติ ปัญหาที่ 6 ได้รับการแก้ไขหมดไป ประเมินความรู้และทักษะเรื่องการปฏิบัติคนอย่างเหมาะสมสมมือกลับบ้านผู้ป่วยและญาติซักถามการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะเรื่องการปฏิบัติคนอย่างเหมาะสมสมมือกลับบ้าน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การรับประทานยาสามม่ำเสมอ การนัดติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การทำกายภาพบำบัด การฝึกบริหารปอดด้วยไทรโออย่างต่อเนื่อง และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ท่อนัด เช่น บริเวณแผลผ่าตัดมีเดือดซึม ปวด บวม แดง ร้อน มีอาการใจสั่น เจ็บหน้าอก เป็นต้น หลังให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเข้าใจสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง คลายความวิตกกังวลลง ปัญหาที่ 7 ได้รับการแก้ไขหมดไป เพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 14 ธันวาคม 2563 เวลา 08.00 นาฬิกา ที่คลินิกศัลยกรรมโรคหัวใจหลอดเลือด และตรวจอกร่วมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด CABG ผู้ป่วยอยู่ในความดูแล 8 วัน เยี่ยมผู้ป่วยรวมทั้งหมด 4 ครั้ง ในระหว่างที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลมีปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 7 ปัญหา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเดี่ยวต่อระดับความรู้สึกตัวลดลงและอ่อนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของการใช้ CPB และการหนีบหลอดเลือดแดงใหญ่ เอօอร์ต้า 2) ผู้ป่วยเดี่ยวต่อภาวะ hypovolemic shock 3) ผู้ป่วยเดี่ยวต่อการแตกเปลี่ยนก้าชบกพร่อง 4) ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด 5) ผู้ป่วยมีภาวะช็อค 6) ผู้ป่วยเดี่ยวต่อการทำงานของหัวใจลดลง 7) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะเรื่องการปฏิบัติคนอย่างเหมาะสมสมมือกลับบ้าน ปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ เพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 7 ธันวาคม 2563 เวลา 12.00 นาฬิกา นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 14 ธันวาคม 2563 เวลา 08.00 นาฬิกา ที่คลินิกศัลยกรรมโรคหัวใจหลอดเลือดและตรวจอกร่วมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 พัฒนาความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ

8.2 เป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจในหน่วยงาน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยสูงอายุ (86 ปี) มีปัญหาในการถือสารและการรับรู้ข้อมูลช้า จะต้องได้รับการอธิบายข้อมูลในการปฏิบัติตัวอย่างระมัดระวัง มีการถามทวนสอบ และการให้คำแนะนำนำครองครัวและญาติในการดูแลผู้ป่วย หลังการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ

10. ข้อเสนอแนะ

เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลแทนเองหลังการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... สุวรรณ สงวนชากา

(นางสาวสุควร์ สุวรรณชาดา)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่..... ๒๓ ส.ค. ๒๕๖๒

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... นิตยา สักดิสกุล

(นางนิตยา สักดิสกุล)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
วันที่..... ๒๓ ส.ค. ๒๕๖๒

ลงชื่อ.....

(นายพรเทพ แซ่เช้ง)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
วันที่..... ๒๓ ส.ค. ๒๕๖๒

หมายเหตุ: ผู้บังคับบัญชาหนีอื่นไป 1 ระดับ ในช่วงเวลาดังแต่วันที่ 30 พ.ย. 2563 ถึงวันที่ 7 ธ.ค. 2563
คือ นายเกรียงไกร ตั้งจิตร�ณีศักดา ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- กองระบบวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ.
- สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2565 จาก <http://www.ddc.moph.go.th>
- จรัญ สายสะตอ. (2563). ศัลยศาสตร์โรคหัวใจที่พบบ่อย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิมพ์โดย: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาณ และจารุกัญญา พริกบุญจันทร์. (2560). การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด.
- กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร.
- ปราณี ทึ่ไฟrade. (2559). คู่มือยา (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: NP Press Limited Partnership.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์. (2561). สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์ ประจำปี 2561
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์. (2562). สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์ ประจำปี 2562
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์. (2563). สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์ ประจำปี 2563
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิ์ชัย, ณัฐณภร วัฒนาเดชาคุล, รัชนี ผิวผ่อง และสุวรรณี มงคลรุ่งเรือง. (2559). แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ: จากการสังเคราะห์งานวิจัยสู่การนำไปปฏิบัติ. วารสาร นสก.วิชาการ, 20(39), 147-152
- สมาคมศัลยแพทย์หัวใจแห่งประเทศไทย. (2561). สถิติการผ่าตัดหัวใจ. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2565 จาก <http://www.thaists/member.search.php>
- ศรีกัญญาวรรณ ศรีเกยม. (2563). การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG): การประยุกต์ transition theory. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 13(12), 47-51

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวสุดารัตน์ สุวรรณชาดา

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยานาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 819) ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์
เรื่อง แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
หลักการและเหตุผล

ความปวด หมายถึง อาการหรือความรู้สึกที่ทำให้เกิดความไม่สุขสนายที่เกิดจากการกระตุ้นประสาทรับความเจ็บปวด ซึ่งปัจจุบันอาการปวดถือเป็นปัญหาที่สำคัญมาก สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Thai Association For Study of Pain: TASP) ได้จัดให้ความปวดเป็นสัญญาณชี้พที่ 5 ดังนี้ ถึงสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความปวดได้ถูกต้องคือ การประเมินความปวด (สิริญญา สินมาลี, 2557)

การประเมินความปวด คือการวัดระดับความปวดของผู้ป่วยให้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง มีความสำคัญใช้ในการวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ入สู่สุดการรักษา ต้องอาศัยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ การประเมินความปวดยังไม่สามารถวัดความปวดจากตัวบ่งชี้ทางชีวภาพของร่างกายได้ จึงต้องอาศัยวัดจากตัวบ่งชี้อื่นหรือวิธีอื่นแทน เช่น คุณภาพเปลี่ยนแปลงทางสิริวิทยา อัตราการหายใจ เหงื่ออออก ตัวเย็น เป็นต้น และจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น การเคลื่อนไหว สีหน้า ท่าทาง หรือการลางเตียง เป็นต้น ตัววิธีที่นิยมนำมาใช้มากที่สุดคือ การประเมินความปวดจากการใช้เครื่องมือมาวัดความรู้สึกผู้ป่วย การรับรู้ความปวดนั้นยังได้รับอิทธิพลทั้งจากปัจจัยด้านกายภาพ และชีวจิตสังคม และเครื่องมือที่ใช้บ่อยในการปฏิบัติทางคลินิก คือเครื่องมือวัดระดับความปวด (pain intensity) เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน (gold standard) แบบประเมินความปวดด้วยตนเอง (self report) แต่ก็พบข้อจำกัดกับผู้ที่มีปัญหาด้านความคิด ความจำ หรือผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และมีข้อจำกัดทางการสื่อสาร ผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤต ผู้ป่วยสับสน ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น (นิตยา ธีรวิโรจน์, อมรรัตน์ คงนุรัตน์, ทรงพร กว้างนอก, สุจิตรา สุขพดุง และภูวดล กิตติวัฒนาสาร, 2561)

ห้องปฏิบัติผู้ป่วยหนักโรคหัวใจได้ให้การคุ้มครองผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งด้านอายุรกรรมและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจ หลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจอย่างน้อย 24 ชั่วโมง คาดการณ์ว่าจะต้องใส่ต่อเนื่อง 7 วันก่อนจะได้รับการประเมินความปวดมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในห้องปฏิบัติผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 26.9, 24 และ 24.1 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2561-2563) พนักงานผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารจากการใส่ท่อช่วยหายใจ มีความเสี่ยงที่อาจจะไม่ได้รับการประเมินและการจัดการความปวดที่เหมาะสม เนื่องจากห้องปฏิบัติผู้ป่วยหนักโรคหัวใจใช้เครื่องมือประเมินระดับความปวดเป็นแบบตัวเลข

(numeric rating scale) เพียงอย่างเดียว ดังนั้น ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดที่จะจัดทำแบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ห่อช่วยหายใจขึ้น ซึ่งรูปแบบและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด คือเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ห่อช่วยหายใจสามารถประเมินความปวดได้อย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัสดุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจในแบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ห่อช่วยหายใจ
2. เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีแบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ห่อช่วยหายใจเพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่เหมาะสมในการบรรเทาความปวด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ห่อช่วยหายใจได้รับการประเมินความปวดที่เป็นแนวทางเดียวกัน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ความปวดมีลักษณะซับซ้อน เมื่อเกิดความปวดจะส่งผลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ กรอบแนวคิดของความปวดตามทฤษฎีความคุณคุณประตุ (gate control theory) คิดค้นโดยเมลแซคและวอลล์ ในปี พ.ศ. 2508 (Melzack & Wall, 1965) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับกันมาก เนื่องจากสามารถอธิบายความปวดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความปวดและการรับรู้ความปวดขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ คือ ระบบควบคุมประตุในไขสันหลัง ระบบควบคุมส่วนกลางในคอร์เทกซ์ (cortex) และ thalamus และระบบการตอบสนอง (action system) กล่าวคือเป็นการควบคุมความเจ็บปวดโดยประตุ (gate) ซึ่งทำหน้าที่รับสัญญาณประสาทความรู้สึกเจ็บปวดที่ถูกส่งมาจากตัวรับความรู้สึก (receptor) ที่ระดับไขสันหลัง ก่อนจะส่งขึ้นไปยังสมอง นอกจากนี้ประตุยังได้รับอิทธิพลจากการลั่งการของสมอง ซึ่งทำงานภายใต้เงื่อนไขทางอารมณ์ ถ้าบุคคลสนใจไม่มีภาวะเครียดสัญญาณประสาทจากสมองส่วน thalamus ถ่ายทอดไปยังเปลือกสมองส่วนคอร์เทกซ์ และขอบสมองส่วน limbic ผ่านมาทางไขสันหลังส่วนคอร์ขอร์ซอโรร์น (dorsal horn) สู่การควบคุมร่างกายโดยไปกระตุ้นเส้นใยประสาทให้หล่อล้างส่งผลให้ไม่รู้สึกปวดแต่ถ้าบุคคลไม่สนใจ มีภาวะเครียด สัญญาณประสาทจากสมองส่วน thalamus จะถ่ายทอดไปยังเปลือกสมองส่วนคอร์เทกซ์ และขอบสมองส่วน limbic ผ่านมาทางไขสันหลังส่วนคอร์ขอร์ซอโรร์น เช่นเดียวกัน สู่การควบคุมร่างกายโดยไปกระตุ้นเส้นใยประสาทส่งผลให้รู้สึกปวด (ยศพล เหลืองโสมนัส และศรีสุดา งามนำ, 2556)

จากกรอบแนวคิดของความปวดตามทฤษฎีข้างต้นนำมาสู่การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งความปวดในผู้ป่วยวิกฤต คือ ความรู้สึกหรือประสบการณ์ส่วนบุคคลที่รู้สึกความไม่สุขสนายจากการที่เนื้อเยื่ออุดuct ทำลาย รวมถึงปฏิกรรมตอบสนองทางระบบประสาಥอต์โนมติ จิตวิทยา อารมณ์ และพฤติกรรม ความปวดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการและส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความรุนแรงของความปวด และความปวดที่รับกระบวนการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่เพียงพอใจต่อการจัดการความปวด

ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการประเมินความปวดอย่างเหมาะสม เพื่อให้การจัดการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กนกวรรณ สว่างศรี, 2560)

การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุดของการจัดการความปวด และการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูด เช่น ผู้ป่วยวิกฤต ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น ทำให้การประเมินความปวดเป็นไปได้ยาก ดังนั้น จึงต้องมีแบบประเมินความปวดอย่างเหมาะสมในผู้ป่วย ในที่นี้จะใช้แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยพยาบาลสามารถประเมินได้จากการใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical care pain observation tool: CPOT) พัฒนาโดย Gelinas, Fillion, Veins & Fortier (2006) เครื่องมือนี้เป็น การสังเกตพฤติกรรม 4 หมวด ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า การเคลื่อนไหวร่างกาย การเกร็งของกล้ามเนื้อ และการหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ แต่ละหมวดมีคะแนน 0-2 คะแนน รวมคะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 8 คะแนน โดยควรเริ่มจัดการความปวดเมื่อคะแนนมากกว่า 2 คะแนน และจากงานวิจัยของณภัทร ชิกน (2563) ศึกษาการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้ เครื่องมือ CPOT พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือ COPT สามารถประเมินความปวดได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความปวดแบบตัวเลขในขณะพัก แนะนำใช้เครื่องมือ COPT ในการประเมิน ความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบอุบัติเหตุความปวดด้วยตัวเอง ได้ ซึ่งมีรายละเอียดการประเมินดังนี้

หมวดที่ 1 การแสดงออกทางสีหน้า (facial expression)

1.1 พ่อนคลาย หน้าเรียบเฉย (relaxed, neutral) คะแนน 0

1.2 หน้าตึงเครียด (tense) คะแนน 1

1.3 หน้านิ่วคิวบ์วนด้าม/บีบตึงมาก/เปลือกตาปิดแน่น (grimacing) คะแนน 2

หมวดที่ 2 การเคลื่อนไหวของร่างกาย (body movement)

2.1 ไม่มีการเคลื่อนไหว (absence of movements) คะแนน 0

2.2 ปกป้องบริเวณที่ปวด (protection) คะแนน 1

2.3 กระสับกระส่าย (restlessness) คะแนน 2

หมวดที่ 3 การเกร็งของกล้ามเนื้อ (muscle tension) ประเมินจากการเหยียดและการรงอแขน

3.1 พ่อนคลาย (relaxed) คะแนน 0

3.2 ตึงแข็ง (tense, rigid) คะแนน 1

3.3 ตึงแข็งเป็นอย่างมาก (very tense, rigid) คะแนน 2

หมวดที่ 4 การหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (compliance with the ventilator)

4.1 หายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (toleration ventilator) คะแนน 0

4.2 มีอาการไอ แต่สามารถหายใจพร้อมเครื่องช่วยหายใจได้ (coughing but tolerating) คะแนน 1

4.3 มีการต้านเครื่องช่วยหายใจ (fighting ventilator)

คะแนน 2

มาตรฐาน COPT มีช่วงคะแนน 0-8 ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด (no pain)

คะแนน 1-2 หมายถึง ปวดระดับเล็กน้อย (mild pain)

คะแนน 3-5 หมายถึง ปวดระดับปานกลาง (moderate pain)

คะแนน 6-8 หมายถึง ปวดระดับมาก (severe pain)

จะเห็นได้ว่าการประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย เป็นการแสดงถึงอารมณ์ การรับรู้ และการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวด การเลือกใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต CPOT ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้พยาบาลที่ดูแลประเมินความปวดที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย นำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ นำเสนอเพื่อขอความเห็นชอบจากหัวหน้าห้องพยาบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

2. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัย เกี่ยวกับการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

3. ประชุมชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานเพื่อร่วมจัดทำแบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

4. จัดทำแบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

5. ประชุมชี้แจงแก่บุคลากรในหน่วยงานและนำเสนอแบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และขอความร่วมมือในการนำผลลงใช้

6. นำแบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหน่วยงาน

7. ติดตามและประเมินผลการใช้แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และรวบรวมคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลา 2 เดือน และนำมารวิเคราะห์และปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีความพึงพอใจต่อการประเมินความปวด

2. ลดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเสื่อมหลุดจากการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการประเมินความปวดอย่างเหมาะสมและให้การพยาบาลบรรเทาปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. บุคลากรในหน่วยงานสามารถบันทึกระดับความป่วยจากการใช้แบบประเมินความป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง (6 ครั้งใน 24 ชั่วโมง) ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
2. หน่วยงานมีแบบประเมินความป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายในปี 2565
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการประเมินความป่วยอย่างเหมาะสมร้อยละ 100

ลงชื่อ..... สุกานันดา ลูกานนท์

(นางสาวสุคารัตน์ สุวรรณชาดา)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... ๒๓ ส.ค. ๒๕๖๕

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ สว่างศรี. (2560). การจัดการความปวดในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28(1), 4-7
- ณภัทร ชิคม. (2563). *Incidence of Inadequate Pain Treatment among Ventilated, Critically Ill Surgical Patients in a Thai Population.* ตีบคืบเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2565 จาก <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904220302010>
- นิตยา ชีริวโรจน์, ออมรัตน์ คงนุรัตน์, ทรงพร กรว่างนอก, สุจิตรา สุขพุฒ และภูวดล กิตติวัฒนาสาร. (2561). การประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *Journal of Nursing and Health Care*, 29(4), 33-39
- ยศพล เหลืองโสมนัส และศรีสุดา งามนำ. (2556). ความสนใจต่อความปวด (Attention to pain). วารสาร ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระบพเกล้า, 30(1), 85-87
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประหารักษ์. (2561). สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประหารักษ์ ประจำปี 2561
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประหารักษ์. (2562). สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประหารักษ์ ประจำปี 2562
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประหารักษ์. (2563). สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประหารักษ์ ประจำปี 2563
- ศิริญญา สีมาดี. (2557). ความคาดหวังกับประสบการณ์จริงเกี่ยวกับระดับความปวดหลังผ่าตัดและกิจกรรมพยาบาลที่บรรเทาความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่. วารสาร โรงพยาบาลนครพนม, 1(1), 5-15
- Gelinas, Fillion, Veins & Fortier (2006). Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in Adulth Patients. *Am J Crit Care*, 15(4), 420-427
- Melzack & Wall (1965). Pain machaisma: a new theory. *Survey of anesthesiology*, 11(2), 89-90