

รายงานการศึกษา ผีกอบรม ประชุม ดูงานสัมมนาปฏิบัติการวิจัย ในประเทศและต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวอรปรียา ถาวโรจน์
อายุ ๒๔ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
- ๑.๒ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักชั้น ๑๗
เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต และผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมวิชาการนานาชาติ (The 12th Critical Care Conference
in Thailand & The 4th Joint JSICM-TSCCM Conference) ภายใต้หัวข้อหลัก Critical
Care at a Crossroads
- เพื่อ ศึกษา ผีกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ งบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
- จำนวนเงิน ๗,๐๐๐ บาท
ระหว่างวันที่ ๖ - ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖
สถานที่โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์แอทเซ็นทรัลพลาซ่าลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม ดูงาน ประชุม สัมมนาฯ

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคสมองและหลอดเลือด
ทางสมอง โรคระบบทางเดินหายใจและโรคทางระบบประสาท

๒.๑.๒ สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปบูรณาการ จัดการแก้ไขปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วย
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๒ เนื้อหา

ภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยไอซียู (ICU Delirium)

หมายถึง ภาวะที่สมองเสียหน้าที่หรือทำงานบกพร่องกะทันหันทำให้เกิดอาการสับสน
กะทันหัน (acute confusion) กระวนกระวาย (agitation) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความคิด
สติปัญญา ความจำ สมองเสียไป นอนไม่หลับ ซึมเศร้า หลงผิด ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาเป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

๑. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีที่อยู่ในไอซียูนาน (prolonged ICU stay)
๒. การได้รับยาหรือสารต่าง ๆ แบ่งออกได้ดังนี้
 - ยาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วย ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยาระงับปวด ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic เป็นต้น
 - สารเสพติดต่าง ๆ โดยเฉพาะยาบ้า
 - ยาที่ผู้ป่วยไปซื้อหามากินเองจากร้านขายยา หรือยาแผนโบราณต่าง ๆ เช่น ยาลูกกลอน
 - ภาวะพิษจากยา เช่น ได้รับยาเกินขนาด
๓. ภาวะขาดยา (Drug withdrawal) ที่พบบ่อยคือ แอลกอฮอล์และยานอนหลับ ในผู้ป่วยที่ติดสุรา อาจแสดงอาการออกมาเป็น delirium tremens
๔. โรคทางระบบต่าง ๆ (Systemic disorders) เช่น ภาวะไข้สูง สมดุลเกลือแร่ผิดปกติ สมดุลกรด - ด่างผิดปกติ โรคติดเชื้อ ภาวะขาดสารอาหาร โรคของต่อมไร้ท่อ โรคมะเร็ง ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

๕. โรคของระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ โรคของหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในสมอง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ อุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ และเนื้องอกในสมอง เป็นต้น

๖. สิ่งแวดล้อม (Environmental causes) เช่น ลักษณะของห้องไม่มีหน้าต่าง ความห่างไกลจากญาติ นอนไม่หลับหรือการนอนถูกรบกวน ทั้งจากแสงสว่างมากตลอดเวลา เสียงดัง จึงเกิดการรบกวนและรับรู้สึกมากเกินไป

ชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยไอซียู

๑. ง่วงซึมสับสน (Hypoactive delirium) โดยมีอาการซึม สับสน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง

๒. กระวนกระวาย (Hyperactive delirium) โดยมักจะมีอาการกระวนกระวาย สับสน กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ พยายามดึงสายยางต่าง ๆ ปีนป่าย อาจเกิดอุบัติเหตุหรือเป็นอันตรายต่อบุคลากร

๓. แบบผสมผสาน (Mixed delirium) โดยมีอาการผสมผสานกันทั้ง ๒ แบบที่กล่าวมาแล้ว คือ ผันผวนหรือขึ้น ๆ ลง ๆ (fluctuated) กระวนกระวาย สับสน กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ สลับกับง่วงซึม ชนิดนี้มักพบมากที่สุด

การรักษาภาวะสับสนเฉียบพลันมี ๒ แบบ คือ การจัดการแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา

๑. การจัดการโดยการใช้ยาสามารถแบ่งได้ ๒ กรณี

๑.๑ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ (NPO patients) จะเลือกให้ยารักษาทางจิตประสาท (Antipsychotic) ได้แก่ ยาฮาโลเพริดอล (haloperidol) เป็นยาที่สมาคมแพทย์วิกฤตแนะนำให้ใช้ในการรักษาในรายที่กระสับกระส่าย กระวนกระวายมาก ใช้ได้ทั้งการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และฉีดทางหลอดเลือดดำ

โดยขนาดที่...

โดยขนาดที่มักใช้ในผู้ใหญ่ ๒.๕ มิลลิกรัม/ครั้ง โดยสามารถฉีดซ้ำได้ทุก ๑๕ - ๓๐ นาที จนกว่าผู้ป่วยจะสงบ และสามารถให้ยาได้สูงสุดถึงขนาด ๑๐ มิลลิกรัม/วัน หากผู้ป่วยมีการใช้ยาฮาโลเพอริดอล (haloperidol) มากกว่า ๕ มิลลิกรัม/วัน ควรส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

๑.๒ กรณีผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ (Non-NPO patients) จะเลือกใช้ยารักษาทางจิตประสาท (Antipsychotic) ได้แก่ ยาควิไทอะปีน (Quetiapine) ๒๕ มิลลิกรัม ชนิดกินโดยให้ ๑๒.๕ มิลลิกรัม/ครั้ง ทุก ๓๐ นาที โดยให้ได้จนกว่าผู้ป่วยจะสงบ และสามารถให้ยาได้สูงสุดถึงขนาด ๗๕ มิลลิกรัม/วัน กรณีในรายที่กระสับกระส่าย กระวนกระวายมาก อาจพิจารณาให้ยาฮาโลเพอริดอล (haloperidol) ๒.๕ มิลลิกรัม/ครั้ง โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และฉีดทางหลอดเลือดดำได้

๒. การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา สามารถทำได้โดยการลดสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการใช้เสียง ลดแสงสว่างที่มากเกินไป หรือใช้แสงสว่างจากธรรมชาติในเวลากลางวัน การพูดคุยสนทนาแจ่มวัน เวลา สถานที่ให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และรักษาโรคทางกายให้ฟื้นสภาพโดยเร็ว

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

คือ ภาวะสมองขาดเลือดทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ จึงทำให้เซลล์สมองขาดออกซิเจน ส่งผลให้สมองตายโดยแบ่งออกเป็น ๒ ประเภทหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ ตัน หรืออุดตัน (Ischemic Stroke) ซึ่งเป็นประเภทที่พบได้มากถึงร้อยละ ๘๗ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษา

การรักษาในปัจจุบันที่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ คือ

๑. การได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) Stroke unit ที่ได้มาตรฐาน ควรมีเตียงที่มีเครื่องตรวจติดตามการทำงานของหัวใจ (EKG monitoring) สัญญาณชีพ และเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า ๙๔% แนะนำใส่ท่อช่วยหายใจในกรณีที่ซึมลง หรือมีปัญหาด้านการกลืนจนรบกวนทางเดินหายใจ

๒. การได้ยาแอสไพริน (Aspirin) ภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ยกเว้นมีข้อห้าม เช่น การแพ้ยาแอสไพริน (Aspirin) ภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยงทั้งสมอง เป็นต้น และภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังให้ยาลดการแข็งตัวของเลือด ชนิดอาร์ทีพีเอ โดยส่วนใหญ่แนะนำยาแอสไพริน (Aspirin) ขนาด ๑๖๐ - ๓๒๕ มิลลิกรัมต่อวัน

๓. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Decompressive Craniectomy) ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวมจากภาวะสมองขาดเลือด ภายใน ๔๘ ชั่วโมง จึงควรปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาทตั้งแต่วินาทีแรก ในรายที่มีภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณด้านนอก ของซีกสมองใหญ่ส่วนหน้า และสมองใหญ่ส่วนข้าง (Massive MCA infarction) หรือเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด (Cerebellar infarction)

๔. การได้รับยา...

๔. การได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิดอาร์ทีพีเอทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่มีอาการภายใน ๓ - ๔.๕ ชั่วโมง โดยผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินข้อบ่งชี้ และข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือด ชนิดอาร์ทีพีเอ และระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยา (Door to needle time) ไม่ควรเกิน ๖๐ นาที หรือการใช้ชุดลวดเข้าไปดึงสิ่งอุดตันอยู่ในหลอดเลือดออกมาโดยไม่ต้องผ่าตัด (Mechanical thrombectomy) มาใช้ในรายที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด ชนิดอาร์ทีพีเอ แล้วยังไม่ดีขึ้นร่วมกับมีอาการของ MCA occlusion ภายใน ๖ ชั่วโมง นับจากที่มีอาการ แต่ทำได้จำกัดเฉพาะสถาบันที่มีรังสีวิทยาร่วมรักษา ระบบประสาทเท่านั้น

๕. การให้ยาลดความดันโลหิต แบ่งเป็น

๕.๑ กรณีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิดอาร์ทีพีเอ ควรลดความดันโลหิตให้น้อยกว่า ๑๘๕/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท ในช่วงก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิดอาร์ทีพีเอ และหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด ชนิดอาร์ทีพีเอ ควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า ๑๘๐/๑๐๕ มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง

๕.๒ กรณีผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิดอาร์ทีพีเอ ควรลดความดันโลหิต ให้ได้เป้าหมายคือลดลง ๑๐ - ๑๕% ใน ๒๔ ชั่วโมงแรก เมื่อ SBP มากกว่า ๒๒๐ มิลลิเมตรปรอทหรือ DBP ๑๒๑ - ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท ซึ่งยาที่ควรเลือกใช้ คือ ยาลาเบทาลอลหรือ ยานิคาร์ดิปิ่นทางหลอดเลือดดำ หรือ DBP มากกว่า ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท ยาที่ควรเลือกใช้ คือ ยาโซเดียมไนโตรพรัสไซด์ทางหลอดเลือดดำ และแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันของไทย แนะนำในการใช้ยาลดความดันโลหิต ในรูปแบบยากิน ที่สามารถใช้ได้ คือ ยาแคปโตพริลขนาด ๖.๒๕-๑๒.๕ มิลลิกรัมซึ่งออกฤทธิ์ภายใน ๑๕ - ๓๐ นาที และอยู่ได้นาน ๔ - ๖ ชั่วโมง แต่ไม่ควรใช้ยาในเฟดิกป้อนอมใต้ลิ้นหรือทางปาก เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ผลของยาที่แน่นอนได้

๕. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ขึ้นกับสมดุลของน้ำในร่างกายแต่ถ้ามีภาวะขาดน้ำ แนะนำให้สารละลายไอโซโทนิก (Isotonic solution) ในรูปของ ๐.๙% sodium chloride

๖. ในผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูงควรคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง ๑๔๐ - ๑๘๐ มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร และควรรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๖๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

๗. ควรหาสาเหตุของไข้และให้ยาลดไข้ในรายที่อุณหภูมิกาย มากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียส

อาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome : ARDS)

เป็นความผิดปกติของระบบการหายใจที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือมีอาการทางระบบหายใจ ที่แย่งภายใน ๑ สัปดาห์ เป็นภาวะที่ปอดได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่าง ๆ อาทิเช่น ปอดติดเชื้อ และการสำลัก นอกไปจากนั้นปอดยังถูกทำลายเพิ่มเติมจากการกระตุ้นผ่านกลไกการอักเสบของร่างกาย ซึ่งส่งผลทำให้ มีเยื่อบุถุงลมปอด และเยื่อหลอดเลือดฝอยผิดปกติ เกิดการรั่วของสารน้ำและโปรตีนจากหลอดเลือดฝอย เข้าสู่ถุงลม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ ซ้ำยังมีปริมาณสารสารถแรงตึงผิว (surfactant) ที่ลดลง ทำให้ถุงลมปอดแฟบ ซึ่งส่งผลทำให้ปอดมีความยืดหยุ่นที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก หายใจเร็วผิดปกติ และมีอาการหอบเหนื่อย ส่งผลให้ร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เกิดภาวะขาดออกซิเจน

ระดับความรุนแรง...

ระดับความรุนแรงของโรค ออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

๑. รุนแรงน้อย (mild ARDS) คือ 200 มิลลิเมตรปรอท $< PaO_2/FiO_2 \leq 300$ มิลลิเมตรปรอท with PEEP or CPAP ≥ 5 เซนติเมตรน้ำ
๒. รุนแรงปานกลาง (moderate ARDS) คือ 100 มิลลิเมตรปรอท $< PaO_2/FiO_2 \leq 200$ มิลลิเมตรปรอท with PEEP ≥ 5 เซนติเมตรน้ำ
๓. รุนแรงมาก (severe ARDS) คือ $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ มิลลิเมตรปรอท with PEEP ≥ 5 เซนติเมตรน้ำ

การรักษา

๑. การใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสม จะช่วยลดภาระการหายใจ (work of breathing) ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องออกแรงหายใจจนเหนื่อย ช่วยให้สามารถเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO_2) ได้เต็มที่จนถึง 100% ช่วยล้างถุงลมที่แฟบอยู่ให้เปิดออก ดันลมหายใจให้เข้าไปถึงถุงลมได้มากขึ้น สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดเลือดดำที่ไหลกลับสู่หัวใจ (venous return) ทำให้ของเหลวรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดฝอยรอบ ๆ ถุงลมลดลง ในทางตรงกันข้ามหากใช้เครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จนทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้

๒. การจัดท่านอนคว่ำ (prone position) เป็นการรักษาแบบประคับประคองที่แพทย์นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยหายใจลำบากเฉียบพลัน ชนิดรุนแรง (severe ARDS) ซึ่งมีภาวะพร่องออกซิเจนในกระแสเลือดอย่างรุนแรง การจัดท่านอนคว่ำ นั้นควรทำในระยะแรกภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ ARDS และระยะเวลาในการจัดท่านอนคว่ำ แต่ละครั้งควรมากกว่าหรือเท่ากับ 16 ชั่วโมง โดยมีข้อบ่งชี้คือ ผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยหายใจลำบากเฉียบพลัน ชนิดปานกลางและรุนแรง

๓. การใส่ยาที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการสื่อสารประสาทผู้ป่วยหายใจลำบากเฉียบพลัน ชนิดปานกลาง (mild ARDS) ที่ความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มาก ควรให้ผู้ป่วยหายใจด้วยตนเองผ่านเครื่องช่วยหายใจ โดยพิจารณาให้ยานอนหลับหรือยาแก้ปวดในขนาดต่ำ แต่ในผู้ป่วยหายใจลำบากเฉียบพลัน ชนิดปานกลาง และรุนแรง (moderate to severe ARDS) การให้ผู้ป่วยหายใจเองอาจส่งผลให้เกิดภาวะปอดบาดเจ็บที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VILI) ได้ จากการศึกษาพบว่าหากผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มยาหย่อนกล้ามเนื้อควบคู่กับยานอนหลับใน 48 ชั่วโมงแรกจะช่วยเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดและลดอัตราการตาย

๔. การจัดการสารน้ำ (fluid management) โดยปอดของผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน เกิดการยอมให้เกิดการซึมผ่านของน้ำในหลอดเลือดปอด (vascular permeability) เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหากมี แรงดันภายในหลอดเลือดที่ดันน้ำออกสู่เนื้อเยื่อในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เช่น การให้สารน้ำปริมาณมาก ในระยะเวลาที่รวดเร็ว จะทำให้มีการรั่วของสารน้ำออกนอกหลอดเลือดเข้าไปในปอดมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะการหล่อเลี้ยงออกซิเจนในร่างกายแย่งลง

๕. เครื่องช่วยพุง...

๕. เครื่องช่วยพองการทำงานของหัวใจและปอด (extracorporeal membrane oxygenation : ECMO) พิจารณาทำในผู้ป่วยหายใจลำบากเฉียบพลัน ที่มีภาวะระดับออกซิเจนในเลือดแดงน้อย และการสะสมของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดที่ไม่ตอบสนองต่อการช่วยหายใจตามปกติ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ได้รับความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านระบบทางเดินหายใจ โรคสมองและหลอดเลือดสมอง และโรคทางระบบประสาท และได้รับความรู้ในด้านวิธีการดูแลการประเมินอาการผู้ป่วยที่หลากหลาย และทันสมัย โดยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งได้ฝึกการใช้ภาษาต่างประเทศในการสื่อสารขณะเข้ารับการอบรม

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน พยาบาลวิชาชีพสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาเผยแพร่ให้แก่บุคลากรในหน่วยงานให้ได้รับข้อมูล ความรู้ที่หลากหลาย และทันสมัย และเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานได้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒.๓.๓ ต่ออื่น ๆ ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น และได้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ และได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในขณะเข้ารับการอบรม

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

- เนื้อหาหัวข้อบรรยายค่อนข้างมาก และการประชุมอบรมแบ่งเป็นห้อง ในบางครั้งหัวข้อที่น่าสนใจอยู่ในเวลาเดียวกันและมีการจำกัดในด้านของเวลาการเข้าอบรมจึงทำให้ไม่สามารถเข้ารับการอบรมฟังบรรยายได้ครบทุกหัวข้อ และการบรรยายอบรมมีการใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารทั้งหมด ทำให้บางครั้งผู้เข้าบรรยายฟังไม่เข้าใจ และไม่มีเอกสารประกอบการบรรยายจึงทำให้ผู้อบรมไม่สามารถจดรายละเอียดเนื้อหาได้ครบถ้วน

๓.๒ การพัฒนาศึกษาหาข้อมูล ความรู้เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคในระบบทางเดินหายใจ โรคสมองและหลอดเลือดสมอง และโรคทางระบบประสาทมากยิ่งขึ้น และสามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

จากการเข้าร่วมการอบรมวิชาการครั้งนี้ทำให้ได้รับความรู้ทางการแพทย์ ในด้านการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายและทันสมัยมากขึ้น ทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการคิดค้นนวัตกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค เช่น การทำปฏิทิน หรือนาฬิกาตั้งโต๊ะ ให้ผู้ป่วยได้รับรู้วัน เวลา สถานที่ เพื่อป้องกันภาวะการสับสน เป็นต้น

(ลงชื่อ).....อภิญญา กวาทิพนธ์.....(ผู้รายงาน)

(นางสาวอรปริยา ถาวโรจน์)

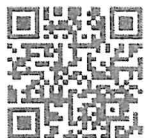
ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการประชุม เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านระบบทางเดินหายใจ โรคสมองและหลอดเลือดสมอง และโรคทางระบบประสาท นำความรู้ในด้านวิธีการดูแล การประเมินอาการผู้ป่วยที่หลากหลายและทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเผยแพร่แก่เพื่อนร่วมงาน



(นายพรเทพ ช่างเฮ็ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์





ภาวะสับสน เฉียบพลันของ ผู้ป่วยไอซียู (ICU DELIRIUM)

ประเภท

1. ช่วงซึมสับสน (hypoactive delirium)

มีอาการซึม สับสน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง

2. ภาวะวุ่นวาย (hyperactive delirium)

มีอาการภาวะวุ่นวาย สับสน กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ พยายามดึงสายยางต่างๆ

3. แบบผสมผสาน (mixed delirium)

มีอาการผสมผสานกันทั้ง 2 แบบ คือผันผวนหรือซึบๆลงๆ (fluctuated) ภาวะวุ่นวาย สับสนกระสับ กระส่าย นอนไม่หลับ สลับกับช่วงซึม ชนิดนี้มักพบมากที่สุด

2. การจัดการโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา

ทำได้โดยการลดสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการใช้เสียง ลดแสงสว่างที่มากเกินไป หรือใช้แสงสว่างจากรธรรมชาติในเวลากลางวัน การพูดคุยสนทนาแจ้งวัน เวลา สถานที่ ให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และรักษาโรคทางกายให้ฟื้นสภาพโดยเร็ว



ประโยชน์ที่ได้รับ

ได้รับความรู้ในการให้การพยาบาล ดูแลรักษา รวมทั้งวิธีการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท โดยสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการทำงานที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สิ่งที่ได้นำมาพัฒนา ในหน่วยงาน

นำความรู้ที่ได้รับมาถ่ายทอดให้แก่สมาชิกในทีม ได้นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และนำความรู้ที่ได้รับมาคิดค้นนวัตกรรมต่างๆ เพื่อนำมาช่วยในการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดทำปฏิทิน หรือนาฬิกาตั้งโต๊ะ และการจัดหาแบบประเมินภาวะซึม สับสน มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น