



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์
 สำนักบริหารแพทย์
 7855
 วันที่ ๒๕ ส.ค. ๒๕๖๕
 เวลา ๐๙:๓๐
 ๒๕ ส.ค. ๒๕๖๕
 กรุงเทพมหานคร
 ๑๖:๓๐

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร. ๐ ๒๒๖๙ ๗๒๐๑ หรือโทร. ๙๕๒๙๙ (บริการ ๐ ๒๒๙๒ ๓๐๕๓)
 ที่ กท ๐๖๐๗/ ๗๓๐๗ วันที่ ๒๕ ส.ค. ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งรายงานการเข้ารับการฝึกอบรม
 เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์

๒๕ ส.ค. ๒๕๖๕

ตามหนังสือด่วนที่สุด ที่ กท ๐๔๐๑/๑๓๐ ลงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๕ ปลัดกรุงเทพมหานคร อนุมัติให้ นางสาวพัชรภรณ์ ศุกลสกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รุ่นที่ ๒ ใช้เวลาราชการ มีกำหนด ๑๗๐ วัน ระหว่างวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ นั้น

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ขอส่งรายงานผลการเข้ารับการอบรมฯ ดังกล่าว จำนวน ๑ ชุด ตามเอกสารแนบท้าย
 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายพรเทพ วงษ์เอ็ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

๒๕ ส.ค. ๒๕๖๕
 ส่งคืน (แนบ / เพิ่มเติมรายละเอียด)

หมายเลข ๐๔๒๗ ๓๐ ๒/๖๕ ๑

งท.

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
- กลุ่มงานพัฒนากาบริการ

(นางรัตนา มุลนางเดี้ยว)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ ส่วนงานบุคลากร
 วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการส่วนงานบุคลากร
 สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ สำนักบริหารแพทย์
 ๒๕ ส.ค. ๒๕๖๕
 มอญ...
 ๑

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/ 130 ลงวันที่ 25 มกราคม 25๖5
ซึ่งข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล) พิศมัย นามสกุล ศุภผลสกุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการสังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน ทพพยาบาล
กอง โภชนาและโภชนาการ ประจักษ์ (สำนัก/สำนักงานเขต) ทพทพ
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร ทพพยาบาลเฉพาะทาง
สาขา ทพพยาบาลผู้ช่วยผู้ดูแลผู้ป่วยใน ส่วนที่ 2 ระหว่างวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 25๖5 - 26 กุมภาพันธ์ 25๖5
ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 45000 บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ผู้รายงาน
(..... พิศมัย ศุภผลสกุล)

รายงานการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ-นามสกุล นางสาวพัชรภรณ์ ศุกลสกุล
อายุ ๒๗ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- ๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักไฟไหม้น้ำร้อนลวก
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติงานวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
- จำนวนเงิน ๔๕,๐๐๐ บาท
ระหว่างวันที่ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕
สถานที่ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลตำรวจ
กรุงเทพมหานคร
- คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
เฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

- ๒.๑ วัตถุประสงค์
- ๒.๑.๑ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจในนโยบาย และระบบบริการสุขภาพ
ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลภาวะวิกฤตวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- ๒.๑.๒ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และทักษะในการพยาบาลภาวะวิกฤตวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- ๒.๑.๓ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถประเมินปัญหา ป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่างๆที่
อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ มีทักษะในการให้การพยาบาลภาวะวิกฤตวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- ๒.๑.๔ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถใช้อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีขั้นสูงที่เกี่ยวข้องได้อย่าง
ถูกต้องปลอดภัย
- ๒.๑.๕ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถประสานการทำงานกับทีมสุขภาพ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง
เพื่อให้การพยาบาลภาวะวิกฤตวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- ๒.๑.๖ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาลภาวะวิกฤตวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้

๒.๒ เนื้อหา

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน และวิกฤติภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบภาวะคุกคามต่อชีวิตทางด้านร่างกาย (Life - threatening) สุจิตรา ลิมอานวยสาร, ๒๕๕๑) พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของชีวิต นับว่าเป็นบทบาทที่ท้าทายความสามารถในการเป็นพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลต้องสามารถประเมินผู้ป่วย และให้การพยาบาลผู้ป่วยได้เพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นต่อไป ฉะนั้นพยาบาลต้องสามารถทำนายปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้

การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลควรจะต้องมีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณในการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยจนสามารถพ้นจากภาวะวิกฤตดังกล่าวไปได้ การปฏิบัติพยาบาลให้มีคุณภาพ และได้รับมาตรฐานตามเกณฑ์แล้วนั้น พยาบาลต้องสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การเข้าใจภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย ความขัดแย้ง ทางจริยธรรม และไม่ใช่แต่เพียงเฉพาะผู้ป่วย พยาบาลยังต้องให้การดูแลกับครอบครัวและญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่มีความกังวลใจ ร้อนใจ ไม่เข้าใจ และมีคำถามมากมายในขณะที่เทคโนโลยีในการให้การดูแลสุขภาพมีการพัฒนาก้าวหน้าไม่หยุดนิ่ง พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจทั้งในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อให้การดูแลสุขภาพ และมีความเข้าใจในหัวใจความเป็นมนุษย์ ของบุคคลเพื่อให้การดูแลพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

มาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงระดับของการดูแลหรือการปฏิบัติพยาบาลอย่างมืออาชีพ โดยมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลแสดงให้เห็นถึงบทบาท และความรับผิดชอบของวิชาชีพพยาบาลและเป็นการคาดหวังของสังคมที่มีต่อพยาบาลวิชาชีพ มาตรฐานการปฏิบัติ พยาบาลเป็นที่คาดหวังว่าจะสามารถอธิบายการปฏิบัติทางคลินิก และประสิทธิภาพการทำงานอย่างมืออาชีพ และจะยังคงมีเสถียรภาพเมื่อเวลาผ่านไป แต่ในความเป็นจริงแล้วนั้นประสิทธิภาพหรือมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลยังคงต้องได้รับการประเมินและแก้ไขเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าในความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป อีกทั้งสมรรถนะทางการพยาบาลจะต้องพัฒนาต่อไปเรื่อยเพื่อให้ทันกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีใหม่ และความต้องการของผู้ป่วยครอบครัว และระบบการดูแลสุขภาพเนื่องมาจากงานในวิชาชีพพยาบาลเป็นงานซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขอนามัย และความเป็นอยู่ของบุคคลอื่นจำนวนมาก จึงต้องปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ (สุदारตัน เปี่ยมสินธ์, ๒๕๔๓) ทำให้พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. อุบัติเหตุที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งมักได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และทรัพย์สินอีกทั้งยังเกี่ยวข้องทางกฎหมายเกี่ยวกับคดีความอีกด้วย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความตระหนักในจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วย และสิทธิที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ

การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก

กระบวนการประเมินผู้ป่วยสามารถแยกการประเมินออกได้เป็น ๔ ระยะคือ

๑. Prearrival เป็นระยะตั้งแต่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยก่อนที่จะได้พบผู้ป่วย อาจเป็นข้อมูลจากพื้นที่จากการส่งต่อทั้งจากภายนอกหรือภายในโรงพยาบาลเอง เช่น จาก ER, OR หรือ Ward ข้อมูลในลักษณะของ Prearrival จะให้ภาพรวมของผู้ป่วยที่ทำให้มองเห็นปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย

และจิตใจ...

และจิตใจ การประเมินในระยะนี้มีมีความสำคัญมากทำให้พยาบาลสามารถเตรียมอุปกรณ์ที่จะให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการ

๒. Admission Quick Check หมายถึงการตรวจสอบทันทีที่รับผู้ป่วย ซึ่งจะต้องทำทันทีเป็นการประเมินที่จำเป็นเพื่อดูหน้าที่ของการหายใจ และหัวใจว่ามีการหายใจ และการกำซาบออกซิเจนเข้าสู่อวัยวะที่สำคัญของร่างกายได้เพียงพอหรือไม่ ซึ่งการประเมินใช้หลักการประเมิน ABCDE ได้แก่ Airway Breathing Circulation, Cerebral perfusion, and Chief complaint Drugs and Diagnostic tests และEquipment

๓. Comprehensive Admission Assessment คือการประเมินที่ต้องรีบทำให้เร็วที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้ เป็นการประเมินเชิงลึกถึงประวัติการรักษาในอดีต ประวัติทางสังคม และจากการตรวจทางร่างกายทุกระบบ การประเมินในระดับนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่ ผลสำเร็จในการให้การพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง สามารถให้การพยาบาลได้สอดคล้องตามความต้องการพยาบาลจะสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งถือเป็นคุณค่าของพยาบาลที่ไม่สามารถประมาณค่าได้

๔. Ongoing Assessment เป็นการประเมินต่อเนื่องตามความต้องการที่มีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขเฉพาะตัวของผู้ป่วย การรักษาและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย

การกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีหลายรูปแบบ แนวทาง FAST HUGS BID คิดค้นโดย ดร.วินเซนต์ (Vincent JL) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยเชื่อว่ากรอบแนวคิดนี้จะเป็นตัวช่วยให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีแนวทางที่ชัดเจนทำให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

คำว่า FAST HUGS BID เป็นคำย่อเพื่อช่วยจำ ประกอบด้วย

- ๑ การส่งเสริมโภชนาการอย่างรวดเร็วภายใน ๗๒ ชั่วโมง (Feeding: F)
- ๒ การจัดการความปวด (Analgesia: A)
- ๓ การใช้และหยุดยาระงับประสาท (sedation, S)
- ๔ การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ (Thromboembolic prevention: T)
- ๕ การจัดท่านอนให้ศีรษะสูงมากกว่า ๓๐ องศา (Head of bed elevated: H)
- ๖ การป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากภาวะเครียด และแผลกดทับ (Ulcer prevention, U)
- ๗ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose control: G)
- ๘ การประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Spontaneous breathing trial: S)
- ๙ การดูแลเรื่องการขับถ่าย (Bowel regimens: B)
- ๑๐ การพิจารณาถอดอุปกรณ์ที่สอดใส่ภายในร่างกายที่ไม่จำเป็นแล้วเร็วที่สุด (Indwelling catheter removal : I)

๑๑ การติดตามผลเฉพาะข้อต่างๆ รายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการใช้ยาต้านจุลชีพให้มีขอบเขตการออกฤทธิ์แคบลง (De - escalation: D)

ทีมผู้ดูแลในรณานะพยาบาลวิกฤตที่ให้การดูแลผู้ป่วยห้องผู้ป่วยหนักรวม จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวทาง FAST HUGS BID เพื่อให้ทีมการดูแลมีกรอบแนวคิดในการตรวจเยี่ยมดูแลผู้ป่วย และเป็นไปในทิศทางเดียวกันทำให้เป็นที่ยอมรับของสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลในประเด็นสำคัญๆ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้เพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยก้าวผ่านภาวะวิกฤตได้เร็วและปลอดภัย ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

ขั้นตอนของ...

ขั้นตอนของการตัดสินใจทางคลินิก การจำแนกขั้นตอนของการตัดสินใจทางคลินิกมีหลากหลาย เช่น Benner, Sutphen, Leonard & Day (๒๐๑๐ อ้างถึงใน Berman et al, ๒๐๑๒) อธิบายว่า ขั้นตอนของการตัดสินใจทางคลินิกมี ๕ ขั้นตอน ได้แก่

๑ การกำหนดลำดับความสำคัญ ซึ่งการจัดลำดับความสำคัญเป็นพลวัต

๒ การพัฒนาเหตุผล โดยใช้ความรู้เป็นฐานในการวางแผนการพยาบาล การประเมินข้อมูล และตรวจสอบปัญหาของผู้รับบริการ โดยใช้ความรู้เป็นขั้นตอนแรกที่ต้องกระทำจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งการวางแผนการพยาบาลเป็นการเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติ

๓ การเรียนรู้วิธีการปฏิบัติ (learning how to act) รู้การตอบสนองต่อสถานการณ์ทางคลินิก ว่าต้องทำอะไรจะและอย่างไรโดยนำความรู้ทางการพยาบาลและความรู้ที่เกี่ยวข้องไปใช้วางแผนการพยาบาล (Benner et al., ๒๐๑๐)

๔ การให้เหตุผลทางคลินิกในระยะเปลี่ยนแปลง (clinical reasoning -in -transition) คือ ความสามารถในการรับรู้การเปลี่ยนแปลงแฝง (subtle changes)

๔.๑ สภาวะของผู้รับบริการ

๔.๒ การประเมินกิจกรรมการพยาบาล

๔.๓ แนวโน้มของข้อมูลปรนัยและอัตนัยที่ต้องนำมาประเมิน (the trending of relevant)

เพราะสถานการณ์ทางคลินิกนั้นมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

๕ การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะของผู้รับบริการ มีการเฝ้าติดตามอาการของผู้รับบริการอย่างใกล้ชิดและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงกับข้อมูลเดิม เพื่อลดการเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์



รูปที่ 3 ขั้นตอนของการตัดสินใจทางคลินิกของ University of New Castle, Australia (2009, p.5)

การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติและฉุกเฉินอย่างเข้าใจในลักษณะของ Comprehensive admission assessment นั้น มาใช้ในแบบแผนการศึกษาเฉพาะกรณี (case study)

สถานที่ฝึกปฏิบัติไอ.ซี.ยู.อายุรกรรม รพ.ตำรวจ วันที่ศึกษา ๒๕ - ๒๖ เม.ย. ๒๕๖๕ - ๒ พ.ค. ๒๕๖๕
ชื่อผู้ป่วย หญิงไทย อายุ ๗๙ ปี สถานภาพ สมรส อาชีพ ผู้ช่วยเหลือพยาบาล เชื้อชาติ ไทย ศาสนา พุทธ
การศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร วันที่รับไว้รักษา ๑๘ มี.ค. ๒๕๖๕ - ๒๖ เม.ย. ๒๕๖๕

การวินิจฉัยโรค post COVID-๑๙ (โควิด๑๙) with sepsis c pneumonia c CAUTI ชนิดของการผ่าตัด tracheostomy วันที่ทำการผ่าตัด ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕ ประกอบด้วย

๑. อาการทั่วไปของผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วย หญิงไทย อายุ ๗๙ ปี ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถสื่อสาร รู้เรื่อง E๔M๔V๒ Motor power grade ๒ at all pupil ๒mm. RTL both eye on Ventilator mode P - SIMV สัญญาณชีพแรกรับ BP = ๑๕๑/๙๘ mmHg pulse ๑๒๐ bpm EKG sinus tachycardia RR มากกว่า ๓๐ bpm Temp = ๓๖.๘ องศาเซลเซียส

๒. อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ไอ้มาก มีน้ำมูกและเสมหะมากขึ้น ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล

๓. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ไอ้มาก มีน้ำมูก และเสมหะมากขึ้น ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลตำรวจ ตรวจ PCR COVID-๑๙ : Detected ระหว่างรอ admit ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย RR>๓๐bpm O๒sat drop ๘๘% BP ๗๐/๕๓ mmHg ต่อมาแพทย์วิสัญญีใส่ท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube No.๗.๐ #๒๑ admit ICU covid try wean ventilator ไม่ได้ on PSV mode มี apnea ตลอดผล Hemoculture at Aline : Staphylococcus จึง off Artery line ผล Hemoculture Subclavian line : Acinetobacter baumannii MDR treat ATB : Colistin ,fosmycin ,Vancomycin มีใช้บางช่วง ต่อมาวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๕ sputum PCR undetected ย้ายมา MICU ๑๖ เมษายน ๒๕๖๕ มีภาวะ AKI C SEPSIS คุยกับญาติ start CRRT CVVH MODE หลังจากนั้นดีขึ้น Off DLC วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ ต่อมา keep I/O urine ออกดี creatinine ๑.๒๑ ล่าสุด และ observe ต่อ try wean ventilator protocol สามารถ off endotracheal tube ๒ ครั้งไม่สามารถหายใจได้เอง ต่อมาแพทย์จึงให้ on endotracheal tube พร้อมทั้ง consult ENT set OR for tracheostomy ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕ try wean ventilator ปัจจุบัน on ventilator mode PSV ๑๓ PEEP ๕ FiO_๒ ๐.๓ หายใจดีไม่มี apnea มี secretion เยอะ CXR infilltration consult PM&R : chest rehabilitation และ set OR for tracheostomy วันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕, เรื่อง Electrolyte imbalance : Hypokalemia feed Elixir KCL ตาม lab ต่อเนื่อง, Hypomagnesemia on ๕๐% MgSO_๔ IV drip เป็นเวลา ๓ วัน, hypophosphemia feed unema edma ๑๕ ml via NG วันละ ๒ ครั้ง เป็นเวลา ๒ วัน ปัจจุบันวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ K = ๓.๔๑mmol/L แพทย์ order feed Elixir KCL ๕๐ ml oral q ๓ hr x ๒ dose ติดตาม K วันต่อมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ,ผู้ป่วย on foley catheter เป็นเวลานาน และไม่สามารถขยับร่างกายได้ด้วยตัวเอง มี recurrent UTI : urine ฉุน มีตะกอนบ่อย consult urology แพทย์ให้ on meronam ๑ gm iv q ๑๒ hr ,plan ทำ Cystolithotripsy วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ,เปลี่ยน foley catheter วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ ผู้ป่วยมีไข้เป็นบางช่วงเวลา แพทย์ให้เก็บ septic work up ; H/C x ๒ specimen Sputum G/S,C/S UA UC lactate เปลี่ยนยาฆ่าเชื้อเป็น Meronam ๒ gm iv stat then ๑ gm iv q ๑๒hr ผู้ป่วยยังคงมีไข้ HR ๑๒๘ bpm EKG ๑๒ lead show sinus tachycardia ให้observeต่อ, ต่อมา วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ ผู้ป่วยซึมลง E๒VTM๒ pupil pin point both eye ส่งทำ CT non - contrast ไม่พบการเปลี่ยนแปลง no hemorrhage ต่อมา consult neuro med และผู้ป่วย E๔VTM๒ pupil ๒ mm RTL both eye จึง off ยา alzheimer : Donepezil, Melatonin , Quetiapine, ผู้ป่วยมี hyperglycemia หลังจาก post covid มีติดตาม DTXOD, on Humulin N ๔ unit sc OD, feed BD (๑.๕:๑) ๒๐๐ ml ทุก ๖ ชั่วโมง

๔. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต Alzheimer, old CVA, T๒DM

๕. ประวัติการแพ้ยาแพ้อาหารปฏิเสธประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร

๖. แบบแผนภาวะสุขภาพข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (จากการสังเกต ชักประวัติ ตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจพิเศษ)

แบบแผนที่...

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

สุขภาพก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ : ไม่ค่อยแข็งแรง ป่วยเป็นโรค Alzheimer, old CVA, T๒DM

การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย : มารักษาที่โรงพยาบาลตำรวจ

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ : รุนแรง

สิ่งเสพติด : ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด ไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มสุรา

ความคาดหวังในการรักษาครั้งนี้ : ผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าจะหายจากอาการเจ็บป่วย

สรุปแบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้

ผู้ป่วยเป็นโรคป่วยเป็นโรค Alzheimer, old CVA, T๒DM มาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลตำรวจ

ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรง

ผู้ป่วยไม่มีประวัติใช้สารเสพติด ไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มสุรา

ผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าจะหายจากอาการเจ็บป่วยครั้งนี้

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยาง มีปัญหาการรับประทานอาหารด้วยตนเอง เนื่องจากอ่อนแรงเล็กน้อย จึงมีญาติให้อาหารทางสายยางทุกมื้อ ขณะเจ็บป่วยมีปัญหาการรับประทานอาหาร เนื่องจาก on Endotracheal tube จึง on NG tube เส้นผมและเล็บปกติ น้ำหนัก ๕๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๕ เซนติเมตร BMI ๒๐.๘๑ กิโลกรัม/ตารางเมตร ผู้ป่วยไม่มีปัญหาในภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ข้อ	การคัดกรองภาวะโภชนาการ (SPENT NUTRITION SCREENING TOOL)	ใช่	ไม่ใช่
๑.	น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ตั้งใจ ภายใน ๖ เดือน		/
๒.	ได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยทานได้ (เกิน ๗ วัน)		/
๓.	ดัชนีมวลกาย BMI < ๑๘.๕ กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือ > ๒๕ กิโลกรัม/ตารางเมตร ผู้ป่วยน้ำหนัก ๕๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๕ เซนติเมตร BMI ๒๐.๘๑ กิโลกรัม/ตารางเมตร		/
๔.	มีภาวะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤตร่วมด้วย	/	

หากมีภาวะร่วมเกิน ๒ ข้อ ให้ส่งปรึกษาโภชนาการ ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะพร่องโภชนาการ

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย

การถ่ายปัสสาวะ : ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยปัสสาวะ ๘ ครั้ง/วัน

ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วย on foley catheter : urine มีเหลือช่องขุ่น มีตะกอนขาวขุ่น

อุจจาระ : ก่อนเจ็บป่วย ๓ วัน/ครั้ง ขณะเจ็บป่วย ๓ วัน/ครั้ง

การใช้ยาระบาย : ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่ใช้ยาระบาย ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องใช้ยาระบาย

สรุปแบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องขับถ่ายปัสสาวะเนื่องจาก on foley catheter urine มีเหลือช่องขุ่น มีตะกอนขาวขุ่น และมีปัญหาด้านการขับถ่ายอุจจาระต้องใช้ยาระบาย

แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

การทำกิจวัตรประจำวัน : ใช้แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

๑. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- ๐ คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้
- ๑ คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- ๒ คะแนน ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
๒. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมงที่ผ่านมา
- ๐ คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
- ๑ คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
๓. ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- ๐ คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน ๒ คนช่วยกันยกขึ้น
- ๑ คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ ๑ คน หรือ ใช้คนทั่วไป ๒ คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- ๒ คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ๓ คะแนน ทำได้เอง
๔. การใช้ห้องน้ำ
- ๐ คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้
- ๑ คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- ๒ คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
๕. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- ๐ คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ๑ คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- ๒ คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ๓ คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
๖. การสวมใส่เสื้อผ้า
- ๐ คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- ๑ คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ ๕๐ ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ๒ คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
๗. การขึ้นลงบันได ๑ ชั้น
- ๐ คะแนน ไม่สามารถทำได้
- ๑ คะแนน ต้องการคนช่วย
- ๒ คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
๘. การอาบน้ำ...

๘. การอาบน้ำ

๐ คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

๑ คะแนน อาบน้ำได้เอง

๙. การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา

๐ คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

๑ คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อสัปดาห์)

๒ คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

๑๐. การกลั้นปัสสาวะในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา

๐ คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้

๑ คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ ๑ ครั้ง)

๒ คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL (เต็ม)	แปลผล
๒๐ คะแนน	
๐ - ๔ คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
๕ - ๘ คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
๙ - ๑๑ คะแนน	ภาวะพึ่งพำปานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
๑๒ - ๒๐ คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home

Barthel Activities of Daily Living (ADL) = ๐ คะแนนภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence ให้รายงานแพทย์ส่งปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

การออกกำลังกาย : ก่อนเจ็บป่วย : ออกกำลังกายนานๆ ครั้ง

ขณะเจ็บป่วย : มีการออกกำลังกายแบบ passive exercise

ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากอ่อนแรงและมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

สรุปแบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ก่อนเจ็บป่วย : ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง เนื่องจากอ่อนแรง

ขณะเจ็บป่วย มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score total dependence

ให้รายงานแพทย์ส่งปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ก่อนเจ็บป่วย : ออกกำลังกายนานๆ ครั้ง เนื่องจากญาติไม่มีเวลาในการทำ passive exercise

ขณะเจ็บป่วย ออกกำลังกายแบบ passive exercise

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

ก่อนเจ็บป่วย : ผู้ป่วยนอนหลับวันละ ๔ ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะนอนช่วงเวลากลางคืนน้อย

ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ ใช้ยานอนหลับทุกวัน

ขณะเจ็บป่วย : ผู้ป่วยนอนหลับวันละ ๘ ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะนอนช่วงเวลากลางคืน

ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ ใช้ยานอนหลับทุกวัน

สรุปแบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

ก่อนการเจ็บ...

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยหลักวันละ ๔ - ๘ ชั่วโมง ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับเคยใช้ยานอนหลับ
แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้

ก่อนและขณะการเจ็บป่วย

การรับรู้ : ผู้ป่วยไม่สามารถบอก วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้

ความจำ : ผู้ป่วยจำไม่ได้

ความรู้สึกสัมผัส : ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินรู้สึกสัมผัส ความร้อน ความเย็น ได้เนื่องจากผู้ป่วย

score E๔VTM๒

การมองเห็น : ไม่สามารถประเมินการเห็นภาพซ้อน และตพร่ามัวเนื่องจากผู้ป่วย score E๔VTM๒

การได้ยิน : ไม่สามารถประเมินเนื่องจากผู้ป่วย score E๔VTM๒

การพูดคุยโต้ตอบ : ผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุยหรือโต้ตอบได้ เนื่องจากผู้ป่วย score E๔VTM๒

สรุปแบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้

ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการสับสน ความจำ การมองเห็น การได้ยิน ผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุย
หรือโต้ตอบได้

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อ

ภาพลักษณ์ : การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย

อารมณ์ : ไม่สามารถประเมินอารมณ์

ความสามารถ : การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมากขึ้น

สรุปแบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

ไม่สามารถประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความกังวลและเครียด

การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย และไม่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ

การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อ

ครอบครัว : มี เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดขณะเจ็บป่วย

อาชีพ : มี เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยประกอบอาชีพผู้ช่วยพยาบาล

การศึกษา : ไม่มี เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในวัยเรียน

สรุปแบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ

การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด
ขณะเจ็บป่วย

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์

อวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

สรุปแบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงปกติ

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

ความรู้สึกขณะนี้ : ไม่สามารถประเมินผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยscore E๔VTM๒

ที่ผ่านมาถ้ามีปัญหาแก้ไขโดย : ปรึกษานุตรหลาน

สรุปแบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

ไม่สามารถประเมินผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยscore E๔VTM๒

ก่อนเจ็บป่วย...

ก่อนเจ็บป่วย แก้ไขปัญหาโดยบุตรหลานเป็นผู้ดูแล

ขณะเจ็บป่วย แก้ไขปัญหาโดยปรึกษาบุตรหลานและแพทย์

แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ

การเจ็บป่วยครั้งนี้ มีสาเหตุมาจาก : โครonavirus โควิด ๑๙ ไม่สามารถประเินได้

สรุปแบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ

ไม่สามารถประเินความเชื่อได้

๗. การตรวจร่างกาย (Head to toe) ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕

Skin : Not pale, abnormal pigmentation at both leg, scar or keloid at left arm ๑x๒cm Normal color for nationality, smooth texture, warm to touch, skin turgor, moisture, no pitting edema, no edema, no cyanosis and Jaundice. No lesion

Hair : normal black & white hair, normal distribution

Lymph nodes : no lymphadenopathy

Head : normal size and shape

Face : no edema, no rash

Eyes : normal eyelids, no ptosis, normal conjunctiva, no strabismus, no nystagmus, pupil ๒mm react to light both, normal eye ground, conjunctiva not pale, no

jaundice : no discharge, normal ear drums

Nose : no flaring , no discharge, normal shape

Mouth & Throat : no dental caries, not injected pharynx and tonsils, no exudate

Neck : no mass, trachea in midline, thyroid gland not enlarged

Chest : normal shape, crepitation both lung, no wheezing, no suprasternal notch, intercostal or subcostal retraction

Heart : no heave, no thrill, normal S๑ & S๒, no murmur

Abdomen : soft, no distension, no tenderness, no mass, no guarding, no hepatosplenomegaly, normal bowel sound

Genitalia : normal ,no discharge , no menstruation

Buttocks : pressure injury stage ๑ at coccyx area

Anus : no anal fissure, normal stool

Extremities : no pitting edema, no deformity, Peripheral pulses normal rhythm and equal forcefully. (eg.radial, popliteal, dorsalis pedis , posterior tibial pulses)

Neuro : Patient score = ๖ ; E๔VTM๒ , normal direct and consensual to light reflex, abnormal extraocular movement no control, no facial palsy, normal gag reflex,

reflexes ๒ + at all , Motor power grade ๒ at all

sensory - intact pain sensation on pin-prick test over all extremities

cerebellar signs - no examination

meningeal signs - no stiffneck , no Brudzinski's sign

๘. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ (บอกเหตุผลในการตรวจว่าตรวจเพราะอะไร ค่าปกติ และค่าที่ผิดปกติ สิ่งผิดปกติบ่งบอกถึงอะไร เสนอเป็นตารางและเขียนอธิบายได้ตารางได้ CBC (๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ , ๒๖ เมษายน ๒๕๖๕)

รายการ	๒๕/๔/๒๕๖๕	๒๖/๔/๒๕๖๕	หน่วย	ค่าปกติ
WBC	๒๐.๕๕	๙.๔	๑๐ ^๙ /UL	๔.๐๓-๑๐.๗๗
RBC	๒.๙๘	๓.๐๒	๑๐ ^๖ /UL	๔.๐๓-๕.๕๕
HGB	๙.๓	๙.๔	g/dl	๑๒.๘-๑๖.๑
Hematocrit	๒๘	๒๘.๓	%	๓๘.๒-๔๘.๓
MCV	๙๔.๑	๙๓.๖	Fl	๗๘.๙-๙๘.๖
MCH	๓๑.๓	๓๑.๑	Pg	๒๕.๙-๓๓.๔
MCHC	๓๓.๓	๓๓.๓	Pg	๓๒.๐-๓๔.๙
RDW	๑๕.๗	๑๕.๓	%	๑๑.๘-๑๕.๒
PLT	๗๙๓	๘๐๒	๑๐ ^๙ /UL	๑๕๕-๓๘๔
Neu%	๗๘.๗	๘๖	%	๕๘.๑-๗๑.๒
LY%	๑๒.๖	๘.๐	%	๒๑.๑-๔๒.๗
MO%	๖.๙	๕.๐	%	๓.๓-๑๐.๒
EO%	๑.๓	๑.๐	%	๐.๕-๗.๒
BA%	๐.๕	๐.๐	%	๐.๑-๑.๒

แปลผลการตรวจCBC (๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ , ๒๖ เมษายน ๒๕๖๕)

๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ HGB ๙.๓ g/dl

๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ HGB ๙.๔ g/dl

ค่า HGB ต่ำ มีภาวะโลหิตจาง (anemia)

๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ RBC ๒.๙๘ ๑๐^๖/UL

๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ RBC ๓.๐๒ ๑๐^๖/UL

ค่า RBC ต่ำ มีภาวะโลหิตจาง (anemia)

๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ Hematocrit ๒๘ %

๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ Hematocrit ๒๘.๓ %

ค่า Hematocrit ต่ำ มีภาวะโลหิตจาง (anemia)

๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ NEU% ๗๘.๗%

๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ NEU% ๘๖%

NEU% ค่า neutrophil มีค่าผิดปกติเมื่อมีการติดเชื้อแบคทีเรีย

Blood Chemistry (๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕)

รายการ	ผลการตรวจ			หน่วย	ค่าปกติ
	๒๕ เมษายน ๒๕๖๕	๒๖ เมษายน ๒๕๖๕	๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕		
BUN	๓๑.๕	๒๘.๖	๑๖.๔	mg/dL	๘.๙-๒๐.๖
Creatinine	๑.๒๑	๑.๐๔	๑.๑๖	mg/dL	๐.๗๓-๑.๑๘
Sodium (Na)	๑๓๓	๑๓๒	๑๓๕	mmol/L	๑๓๖-๑๔๕
Potassium (K)	๓.๔๑	๔.๑๕	๔.๐๔	mmol/L	๓.๕-๕.๑
Chloride	๙๗	๙๙	๙๖	mmol/L	๙๘-๑๐๗
CO ₂	๒๕.๘	๒๓.๘	๓๐.๒	mmol/L	๒๒-๒๙
Calcium	๘.๖			mg/dL	๘.๕-๑๐.๕
Magnesium	๒.๖			mg/dL	๑.๘-๒.๕
Phosphate	๓.๔		๓.๙	mg/dL	๒.๕-๔.๕

แปลผลการตรวจ Blood Chemistry

๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ K ๓.๔๑ mmol/L

๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ K ๔.๑๕ mmol/L

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ K ๔.๐๔ mmol/L

ค่าโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ อาจเกิดอาการ เช่น อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก ถ้าภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำรุนแรงจะมีผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาท กล้ามเนื้อ

โดยอาจทำให้เกิดอัมพาตชั่วคราว ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหายใจลำบาก ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็วอาจทำให้เสียชีวิตได้

๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ BUN ๓๑.๕ mg/dL

๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ BUN ๒๘.๖ mg/dL

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ BUN ๑๖.๔ mg/dL

Blood urea nitrogen (BUN) เป็นของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญโปรตีนในร่างกาย และจะถูกกำจัดออกผ่านทางไต เมื่อปริมาณ BUN ในเลือดสูงขึ้นอาจบ่งชี้ถึงการทำงานของไตที่ลดลง ค่า BUN สูง การทำงานของไตผิดปกติ การรับประทานอาหารประเภทโปรตีนมากเกินไป การขาดน้ำ

๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ Cr ๑.๒๑ mg/dL

๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ Cr ๑.๐๔ mg/dL

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ Cr ๑.๑๖ mg/dL

ค่า Creatinine มีค่าสูงกว่าปกติ การเกิดสาเหตุใดก็ตามที่ทำให้เลือดไหลผ่านไตมาด้วย ปริมาณที่น้อยกว่าปกติมาก ท่อปัสสาวะอาจถูกปิดกั้น มาจากภาวะขาดน้ำ (Dehydration)

การตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ Urinalysis

รายการ	ผลการตรวจ		หน่วย	ค่าปกติ
	๒๕ เมษายน ๒๕๖๕	๒๘ เมษายน ๒๕๖๕		
Color	LT. Yellow	LT. Yellow	mg/dL	
Blood	๒+	๑+	mg/dL	Negative
Ketone	Negative	Negative	mmol/L	Negative
Glucose	๓+	Negative	mmol/L	Negative
Albumin	๑+	Negative	mmol/L	Negative
pH	๕.๕	๕.๕	mmol/L	๔.๕-๘.๕
Sp.gr.	๑.๐๒๕	๑.๐๒๐		๑.๐๐๓-๑.๐๓๐
WBC	๒๐-๓๐	๒๐-๓๐	/HPF	๐-๕/HPF
RBC	๕-๑๐	๓-๕	/HPF	๐-๕/HPF
Bacteria	Few	Not found		Not found

แปลผลการตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ Urinalysis

WBC (UA) ๒๐-๓๐ /HPF แปลว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ผลการเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการ

วันเดือนปี	รายการ	ผลการตรวจ
๒๕ เมษายน ๒๕๖๕	Urine culture (F/C)	๑๐ ^๕ Klebsiella pneumoniae (CREMDR)
	Sputum culture	Moderate Acinetobacterbaumannii (MDR)
	Hemoculture x ๒ specimen	Klebsiella pneumoniae (CREMDR)

จากผลการเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการ

๑. ผู้ป่วยติดเชื้อทางระบบปัสสาวะ ทำให้มีการติดเชื้อในเลือด

๒. ผู้ป่วยติดเชื้อในปอด

ระดับน้ำตาลในเลือด

วันเดือนปี	ผลการตรวจ
๒๕เมษายน๒๕๖๕	๑๔๐
๒๖เมษายน๒๕๖๕	๑๒๕
๒๗เมษายน๒๕๖๕	๑๗๕
๒พฤษภาคม๒๕๖๕	๑๑๔

ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ เนื่องจากได้รับ Humulin N ๔ unit sc OD

การตรวจ CXR : infiltrationเท่าเดิม

การตรวจพิเศษ...

การตรวจพิเศษ CT - Non contrast brain ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ = No Hemorrhage, no change

๙. การรักษาที่ได้รับ ทั้งหัตถการต่างๆและยาที่ได้ผู้ป่วยได้รับ มีดังนี้ การรักษาที่ได้รับ

วันเดือนปี	Order for ๑ day only	Order for continuation
๒๑ เมษายน ๒๕๖๕		- BD(๑.๕:๑) สูตรธรรมชาติ DM ๒๕๐ ml x ๔ feed (TP ๖๐g/d) - record V/S , I/O - DTX OD keep ๘๐-๑๘๐ mg% On scale DTX ๑๘๑-๒๓๐ mg% >> RI ๑ unit DTX ๒๓๑-๒๘๐ mg% >> RI ๒ unit DTX ๒๘๑-๓๓๐ mg% >> RI ๓ unit <๘๐ , >๓๓๐ mg% notify MED - losec ๒๐ mg ๑x๑ oral ac - B CO ๑x๒ oral pc - Vit D๒ ๒๐๐๐๐mg ๓ cap oral weekly - NPH ๔ unit sc ac เช้า - senokort ๒x๑ oral hs - beradual ๑ nebule NB q ๑๒ hr - NSS ๔ ml NB q ๑๒ hr - Flumucil ๑x๒ oral pc - Donepezil ๒๓mg ๑x๑ oral hs - Melatonin ๑๐mg ๒x๑ oral pc - Quetiapine ๒๕mg ๑/๒x๑ oral hs
๒๕ เมษายน ๒๕๖๕	Slide PBS On ventilator PCV mode RR ๑๔ Insp ๑๔ FiO๒ ๐.๓ PEEP ๕ Inst ๑.๐ UA , UC (หลัง change foley catheter) change foley catheter Consult NEURO MED CT brain non contrast Consult URO Sx H/C x ๒ specimen Sputum G/S , C/S Lactate Elixir KCL ๕๐ ml oral q ๓ hr x ๒ dose	- meronam ๒ gm + Nss ๑๐๐ ml iv drip in ๑ hr stat then ๑ gm iv q ๑๒ hr - off Donepezil, Melatonin, Quetiapine - feed H๒๐ ระหว่างมือ ๑๐๐ml/feed

วันเดือนปี	Order for ๑ day only	Order for continuation
๒๖ เมษายน ๒๕๖๕	On ventilator PSV PS๑๓ PEEP๕ FiO๒ ๐.๓ Set OR for Cystolithotripsy ๑๒/๗/๒๕๖๕ Set OR for tracheostomy ๒๙เมษายน ๒๕๖๕ เวลา on call NPO AMN On ๐.๙%NSS iv ๘๐ml/hr หลัง NPO	
๒๙ เมษายน ๒๕๖๕	Post op tracheostomy Observe bleeding On ventilator full support x ๑day On ๐.๙% NSS iv ๘๐ml/hr Feed BD ต่อเหมือนเดิม Fentanyl ๒๕ mcg iv prn for pain	
๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕	EKG ๑๒ lead keep HR < ๑๒๐ bpm Observe temperature On ventilator PSV PS๑๒ PEEP๕ FiO๒ ๐.๓ Tomorrow CBC,BUN,Cr,Elyte,Procalcitonin coag,LFT,Ca,Mg,PO๔,ABG	

ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

๑. INSULATARD HM ฉีดเข้าใต้ผิวหนังก่อนอาหาร เข้า ๔ ยูนิต

กลไกการออกฤทธิ์ของยา

เป็นฮอร์โมนที่ตับอ่อนสร้างขึ้น และมีหน้าที่ที่สำคัญคือ นำน้ำตาลในเลือดไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายเพื่อสร้างเป็นพลังงาน แต่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้เต็มที่เนื่องจากขาดฮอร์โมนอินซูลิน มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

อินซูลินแบ่งออกเป็นหลายชนิด ตามระยะเวลาที่ออกฤทธิ์ชนิด ออกฤทธิ์ปานกลางลักษณะ เป็นสารละลายขุ่นต้องเขย่าขวดเบาๆ ให้เป็นเนื้อเดียวกันก่อนใช้ทุกครั้งออกฤทธิ์ในเวลา ๒ - ๔ ชั่วโมง ออกฤทธิ์ สูงสุดที่ ๖ - ๑๒ ชั่วโมง และมีฤทธิ์นานประมาณ ๑๘ - ๒๔ ชั่วโมง. ใช้เป็นอินซูลินหลักในการรักษาโรคเบาหวาน

ผลข้างเคียงของยา

- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นผลจากการให้อินซูลินมากเกินไป รับประทานอาหารน้อยเกินไป ผิดเวลา หรือช่วงระหว่างมีอนานเกินไป ออกกำลังกายหรือทำงานมากกว่าปกติ อาการที่เกิดมีได้หลายอย่าง เช่น ปวดหัว เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ชาในปากหรือริมฝีปาก เดินเซ หงุดหงิด มองภาพไม่ชัด ถ้ามีอาการเหล่านี้ให้ดื่มน้ำผลไม้ หรือรับประทานของที่มีน้ำตาลผสม (ห้ามใช้น้ำตาลเทียม) และพบแพทย์ทันที

- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นผลจากการได้รับอินซูลินไม่เพียงพอหรือรับประทานมากเกินไป จะปัสสาวะบ่อยกระหายน้ำ ทิว ปวดหัว อ่อนเพลีย คลื่นไส้ มึนงง ถ้าเป็นสมให้รีบส่งโรงพยาบาลทันที

๒. MEROPENEM ๑ GM. INJ+ NSS ๑๐๐ ml iv drip in ๑ hr stat ๒g then ๑ g IV q ๑๒ Hrs. (ครบวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๕) แพทย์ order off ๒๗ เมษายน ๒๕๖๕

กลไกการ...

กลไกการออกฤทธิ์ของยา

เป็นยาในกลุ่มคาร์บาเพนิม มีฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์ผนังเซลล์โดยตัวยาจะเข้าไปในผนังเซลล์ในแบคทีเรียกลุ่มแกรมบวก และแบคทีเรียกลุ่มแกรมลบ เพื่อจับกับ penicillin - binding protein (PBPs) โดยสามารถจับกับ PBPs ๒ ๓ และ ๔ ของ E.coli และ P. aeruginosa และ PBPs ๑ ๒ และ ๔ ของเชื้อ S.aureus ความเข้มข้นของยาที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียจะสูงกว่าประสิทธิภาพในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียที่ ๑ ถึง ๒ เท่า ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Meropenem

ผลข้างเคียงของยา

ผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปวดบริเวณที่ฉีด อาการแสบเส้นเกิดพิษเนื้อตายบริเวณผิวหนัง ปวดศีรษะ ภาวะโลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงแตก ผื่นแดง ติดเชื้อซ็อก ติดเชื้อแคนดิดาในช่องปาก อาการชัก การแพ้ยา ท้องเสียที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ Clostridium difficile

๓. FOSMYCIN ๔๐๐ mg iv drip in ๔ hr q ๑๒ hr

กลไกการออกฤทธิ์ของยา

ตัวยาจะยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ในแบคทีเรียที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยานี้ ส่งผลให้แบคทีเรียหยุดการเจริญเติบโตไม่สามารถกระจายพันธุ์และตายลงในที่สุด

ผลข้างเคียงของยา

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร : มีอาการท้องเสียหรือท้องผูก คลื่นไส้ ปวดท้อง เบื่ออาหาร อาจมีการขย้อนอาหาร อาเจียนเกิดขึ้น ปากแห้ง ท้องอืด

ผลต่อระบบประสาท : ปวดศีรษะ วิงเวียน ความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน ปวดศีรษะไมเกรน ง่วงนอน หูอื้อ

ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะขัด

ผลต่อระบบทางเดินหายใจ : เยื่อจมูกอักเสบ คออักเสบ หายใจขัด หายใจลำบาก อาจมีภาวะหอบหืด

ผลต่อผิวหนัง : เกิดผื่นคัน ลมพิษ

ผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ

ผลต่อระบบการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย : เบื่ออาหาร ภาวะเกลือโซเดียมในเลือดสูง เกลือโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

ผลต่อระบบเลือด : มีภาวะเม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นหรือไม่ก็ลดลง ฮีโมโกลบินต่ำลงเกิดภาวะเลือดจาง

ผลต่อดับ : เอนไซม์การทำงานของตับในเลือดเพิ่มขึ้นมีไขมันสะสมในตับมากขึ้น (ไขมันพอกตับ) ค่าบิลิรูบินในเลือดสูง ตับอักเสบ ตัวเหลืองตาเหลือง

ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด : หัวใจเต้นเร็ว

ผลต่อสภาพจิตใจ : นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย รู้สึกสับสน

ผลต่อตา : การมองเห็นภาพไม่ชัดเจน

อื่นๆ : เช่นในสตรี อาจเกิด ช่องคลอดอักเสบ ประจำเดือนผิดปกติ

๔. COLISTIN ๓๐๐ mg iv stat then ๑๐๐ mg iv q ๑๒ hr

กลไกการออกฤทธิ์ของยา

ตัวยาจะออกฤทธิ์ต่อต้านแบคทีเรียโดยจะเข้าไปจับกับเยื่อหุ้มเซลล์ (Cell membrane : เซลล์เนื้อเยื่ออวัยวะ) ของแบคทีเรียโดยเลือกจับกับส่วนที่เรียกว่าฟอสโฟลิพิด และจะเกิดการก่อรวมสมดุลของเกลือที่มีประจุบวกในตัวแบคทีเรียจนทำให้เยื่อหุ้มเซลล์ของแบคทีเรียแตกออกส่งผลให้แบคทีเรียตายลงในที่สุด

ผลข้างเคียง...

ผลข้างเคียงของยา

เป็นพิษกับไต ทำลายเส้นประสาท คือผลข้างเคียงที่กล่าวมาข้างต้นมักเกิดจากการได้รับยาในปริมาณมาก และเกินจากที่แพทย์กำหนดนอกจากนี้ยังอาจพบผลข้างเคียงอื่นๆ เช่น ตาพร่า หายใจขัด หายใจลำบาก หอบเหนื่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง วิงเวียน รู้สึกสับสน รู้สึกไม่สบายในระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีการติดเชื้อโรคอื่นเพิ่มขึ้นได้

๕. INHALEX FORTE ๔ ML พ่นยาโดยเครื่องพ่นยา ครั้งละ ๑ nebule ทุก ๑๒ ชั่วโมง

กลไกการออกฤทธิ์ของยา

แอโรบิตอล อินฮาเลอร์ ประกอบด้วยตัวยาสำคัญซึ่งออกฤทธิ์ขยายหลอดลม ๒ ชนิด คือ ipratropium bromide ที่มีฤทธิ์แอนติโคลิเนอร์จิก ผสมกับ fenoterol hydrobromide ซึ่งเป็นยาในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติกอย่างจำเพาะเจาะจงต่อเบต้า ๒ รีเซพเตอร์ที่หลอดลม

๑. Ipratropium bromide เป็นยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ แอนติโคลิเนอร์จิก โดยมีผลต่อระบบประสาทพาราซิมพาเทติก จากการศึกษาทางฟิสิกส์ พบว่ายานี้มีฤทธิ์ยับยั้งผลจากการกระตุ้นเส้นประสาท vagus โดยยับยั้งการออกฤทธิ์ของสารอะเซทิลโคลีน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่หลั่งออกมาบริเวณรอยเชื่อมระหว่างเส้นประสาทกับกล้ามเนื้อในปอดออกฤทธิ์ แอนติโคลิเนอร์จิก นี้จะป้องกันการเพิ่มขึ้นของระดับ cyclic GMP ในเซลล์ซึ่งเป็นผลจากปฏิกิริยาระหว่าง สารอะเซทิลโคลีนกับรีเซพเตอร์จำเพาะบนกล้ามเนื้อเยื่อหลอดลม

๒. Fenoterol hydrobromide เป็นยาขยายหลอดลมที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติก ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นอย่างจำเพาะเจาะจงต่อ เบต้า ๒ - แอดรีเนอร์จิก รีเซพเตอร์ในปอดมีผลคลายการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเยื่อหลอดลม และบรรเทาการหดเกร็งของหลอดลม การออกฤทธิ์นี้เชื่อว่าเป็นผลจากการเพิ่มสร้างสารไซคลิก - เอเอ็มพี และการลดลงของระดับแคลเซียม อีออนภายในเซลล์โดยผลนี้เกิดจากการกระตุ้นด้วยเอนไซม์ อะดีนิลไซเคเลสซึ่งเป็นสารเร่งการเปลี่ยนแปลงของ ATP เป็นไซคลิก - เอเอ็มพี นอกจากนี้ระดับ ไซคลิก - เอเอ็มพี ที่เพิ่มขึ้นยังเพิ่มผลช่วยคลายการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเยื่อหลอดลมยับยั้งการหลั่งของสารก่อภูมิแพ้จากเซลล์โดยเฉพาะ mast cells บริเวณทางเดินหายใจ Fenoterol hydrobromide มีความจำเพาะเจาะจงต่อเบต้า ๒ รีเซพเตอร์ที่หลอดลมสูง

๓. การใช้ยา Ipratropium bromide ร่วมกับ Fenoterol hydrobromide จะเสริมฤทธิ์กันเพื่อบรรเทาอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบหลอดลม จากตำแหน่งการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่แตกต่างกันของตัวยาสำคัญทั้ง ๒ ชนิด ใช้ในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้สามารถใช้ยาเบต้า - แอดรีเนอร์จิก ในขนาดต่ำสุดเท่าที่จำเป็นจึงลดอาการอันไม่พึงประสงค์ให้น้อยลง ในกรณีผู้ป่วยมีอาการหลอดลมหดเกร็งอย่างเฉียบพลัน ยานี้จะให้ ประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วหลังจากได้รับยา ดังนั้นจึงเหมาะสำหรับการรักษาการจับหืดชนิดเฉียบพลัน

ผลข้างเคียงของยา

เป็นผลจากยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้น เบต้า - แอดรีเนอร์จิก รีเซพเตอร์ และยาที่ออกฤทธิ์แอนติโคลิเนอร์จิก ร่วมกับส่วนผสมอื่นในยา และสารผลักดันชนิด HFA

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ ไอ ปากแห้ง ปวดศีรษะ มือและเท้าสั่น คอหอยอักเสบ คลื่นไส้เวียนศีรษะ การออกเสียงลำบาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หงุดหงิด อาเจียน ความดันช่วงหัวใจบีบตัวสูงขึ้น และใจสั่น นอกจากนั้นยังพบอาการอันไม่พึงประสงค์ต่อระบบต่างๆ ในร่างกายดังต่อไปนี้

- ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน : อาการแพ้รุนแรง anaphylactic reaction แพ้ยา

ความผิดปกติ...

- ความผิดปกติของระบบเมแทบอลิซึมและโภชนาการ : ระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ
- ความผิดปกติทางจิตวิทยา : หงุดหงิด กระสับกระส่าย เป็นโรคจิต
- ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง : ปวดศีรษะ มือและเท้าสั่น เวียนศีรษะ
- ความผิดปกติของดวงตา : ต้อหิน ความดันในลูกตาเพิ่มสูงขึ้น และมีผลให้โรคหินขนิด มุมแคบกำเริบหรือทรุดลง การปรับสายตามระยะใกล้ - ไกลผิดปกติ รูม่านตาขยายมองภาพไม่ชัดเจน ปวดตา กระจุกตาบวม เยื่อบุตาแดงมองเห็นรัศมีรอบดวงไฟในเวลากลางคืน

- ความผิดปกติของหัวใจ : หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ สูงขึ้น ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติอย่างมาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด supraventricular tachycardia กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

- ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจหน้าอกและประจันอก : ไอ หายใจลำบาก หลอดลมอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ เยื่อจมูกอักเสบ ไส้หลอดลมอักเสบ ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน คอหอยอักเสบ ออกเสียงลำบาก หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ระคายเคืองบริเวณอก คอหอยบวม ช่องกล่องเสียงอักเสบ หลอดลมอักเสบที่ขัดแย้งกับการรักษาคอหอยมีอาการคล้ายเป็นหวัด

- ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร : อาการไม่ย่อย อาเจียน คลื่นไส้ ปากแห้ง ปากอักเสบ ลิ้นอักเสบ การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารผิดปกติ ท้องเสีย ท้องผูก ปากบวม

- ความผิดปกติของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง : ลมพิษ ผื่นผิวหนังคัน หลอดเลือดบวม เหงื่อออกมาก ผิวหนังอักเสบ

- ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน : กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อหดเกร็ง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง

- ความผิดปกติของไตและระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะคั่ง ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

- การตรวจร่างกาย : ความดันช่วงหัวใจบีบตัวสูงขึ้น ความดันช่วงหัวใจคลายตัวลดลง

๖. ACETYLCYSTEINE ๒๐๐ MG. GRANULE ๑ ซอง ละลายน้ำ ๑ แก้ว ตีวันละ ๓ ครั้ง
กลไกการออกฤทธิ์ของยา

เป็นยาในกลุ่มยาละลายเสมหะออกฤทธิ์โดยในโครงสร้างของอะเซทิลซิสเทอีน มีหมู่ซัลไฮดริลอิสระเป็นองค์ประกอบ ซึ่งสามารถเปิดพันธะไดซัลไฟด์ของมิวโคโปรตีนของเสมหะส่งผลให้ความข้นเหนียวของเสมหะลดลง

ผลข้างเคียงของยา

ได้แก่ หลอดลมอักเสบ อาการบวม เกิดผื่น ผื่นแดง ความดันโลหิตผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ เกิดอาการรูบ เหงื่อออก ปวดข้อ มองเห็นภาพไม่ชัด รบกวนการทำงานของตับ เลือดเป็นกรด อาการชัก หัวใจหยุดเต้นระบบทางเดินหายใจล้มเหลว น้ำมูกไหล

๗. ELIXIR KCL ๕๐ ml feed via NG q ๓ hr x ๒ feed

กลไกการออกฤทธิ์ของยา

ใช้สำหรับทดแทนโพแทสเซียม ไอออน โพแทสเซียม คลอไรด์ ใช้เป็นแหล่งของโพแทสเซียมแคทไอออน ซึ่งแคทไอออนที่อยู่ภายในเซลล์เหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการรักษาระดับความเป็นกรดต่างรวมไปถึงการรักษาสมดุลของเหลว และอิเล็กโทรไลต์ภายในเซลล์นอกจากนี้แล้วโพแทสเซียมยังมีบทบาทที่สำคัญต่อการมีชีวิต เป็นตัวเหนี่ยวนำประสาทการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อเรียบ และกล้ามเนื้อลาย การหลังกรดในกระเพาะอาหาร การทำงานของไตในสภาวะปกติ และกระบวนการเมแทบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต

ผลข้างเคียงของยา

อาการแพ้ยาแบบ anaphylaxis ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ปวดท้อง หรือรู้สึกไม่สบายท้อง ท้องเสีย เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร แผลในกระเพาะอาหารแผลในช่องปาก เกิดภาวะแทรกซ้อนในบริเวณที่ฉีดยา เช่น รู้สึกปวด หลอดเลือดดำอักเสบ

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงรุนแรง ซึ่งอาจส่งผลถึงชีวิตได้

๘.fentanyl ๒๕ mcg iv prn

กลไกการออกฤทธิ์ของยา

fentanyl เป็นยาในกลุ่ม synthetic pheny piperid ine - derivative opioid agonist ออกฤทธิ์ โดยจับกับ mu (U) receptors เป็นหลักที่บริเวณสมองและไขสันหลังทำให้มีผลบรรเทาอาการปวดได้

ผลข้างเคียงของยา

ระบบประสาท - ง่วงซึม เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มึนงง สับสน สงบระงับ สั้น ภาวะวิตกกังวล เกิดความฝันผิดปกติ ความคิดผิดปกติ กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ทำเดินผิดปกติ กระวนกระวาย ภาวะเสียความจำ ภาวะเคลิ้มสุข เห็นภาพหลอน ชัก กระตุก ปฏิกริยาหวาระแวง ความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน serotonin syndrome อาจเกิดภาวะ hyperalgesia ถ้าใช้ในขนาดสูง

ระบบหัวใจและหลอดเลือด - อาจเกิดอาการหน้าแดง แน่นหน้าอก อ่อนเพลียจนรู้สึกเหมือนจะเป็นลม ความดันเลือดต่ำ หัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ

ระบบหายใจ - อาการหายใจลำบาก ภาวะกดการหายใจ หยุดหายใจ

ระบบทางเดินอาหาร - คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปากแห้ง ไม่สบายท้อง ท้องอืด ท้องผูก ท่อน้ำดีหดเกร็ง การเกร็งตัวของลำไส้เพิ่มขึ้น

ระบบทางเดินปัสสาวะ - ปัสสาวะคั่ง ภาวะ ปัสสาวะน้อย ท่อไตหดเกร็ง

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก - กล้ามเนื้อหดเกร็ง ผิวหนังและปฏิกิริยาแห้ง - ผิวหนังแห้ง ผิวหนังแดง ผื่นขึ้น มีอาการคัน ลมพิษ มีเหงื่อออกมากผิดปกติ - รุ่มาตาหด

๙. SENNOSIDES TAB รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนนอน

กลไกการออกฤทธิ์ของยา

หลังการรับประทานยาเซนโนไซด์ ตัวยาจะถูกเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโดยแบคทีเรียภายในลำไส้และได้สารสำคัญ คือ Rheinanthrone ซึ่งสารนี้จะช่วยให้ลำไส้เกิดการบีบตัวหรือเคลื่อนตัวมากขึ้น จึงส่งผลให้เกิดความรู้สึกอยากขับถ่ายตามมา โดยกระบวนการดังกล่าวจะเกิดขึ้นหลังการรับประทานยาไปแล้วประมาณ ๖ - ๑๒ ชั่วโมง

ผลข้างเคียงของยา

การใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นเวลานาน และใช้ในขนาดสูงจะทำให้มีอาการปวดท้องหรือถ่ายท้องรุนแรงจนเกิดภาวะขาดน้ำ และเกลือแร่ได้โดยเฉพาะโพแทสเซียม เป็นผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และหัวใจเต้นผิดปกติ อาจทำให้ปัสสาวะเปลี่ยนสี ปัสสาวะมีสีคล้ำ ปัสสาวะออกเป็นสีแดง (ซึ่งไม่มีอันตรายแต่อย่างใด) ลำไส้เป็นสีดำคล้ำเกิดอาการนี้ว่าบวม น้ำตะบอง รบกวนสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (โดยเฉพาะโพแทสเซียม) ลำไส้ไม่เคลื่อนไหว ลำไส้ใหญ่ทำงานน้อยลงเกิดการฟั่งยาระบายท้องอืด ไม่สบายท้องน้อย หรือเป็นตะคริวที่ท้องน้อย ส่วนผลข้างเคียงที่ต้องแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียกล้ามเนื้ออ่อนแรง น้ำหนักลดผิดปกติ อาจทำให้ตับอักเสบและเกิดภาวะตับวายได้

โดยมีรายงาน...

โดยมีรายงานการเกิดตับวายเฉียบพลันเฉียบพลัน และไตวายในผู้ป่วยหญิงอายุ ๕๒ ปี ที่รับประทานยาละลายม้ามแบบผงชงน้ำดื่มติดต่อกันนานกว่า ๓ ปี ซึ่งหลังจากให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการผู้ป่วยก็มีอาการดีขึ้นและหายเป็นปกติ

๑๐. เปรียบเทียบพยาธิสภาพของโรคกับผู้ป่วย

พยาธิสภาพของการติดเชื้อ COVID - ๑๙

SARS - CoV - ๒ จำแนกออกเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

- SARS-CoV - ๒ L type พบประมาณร้อยละ ๗๐

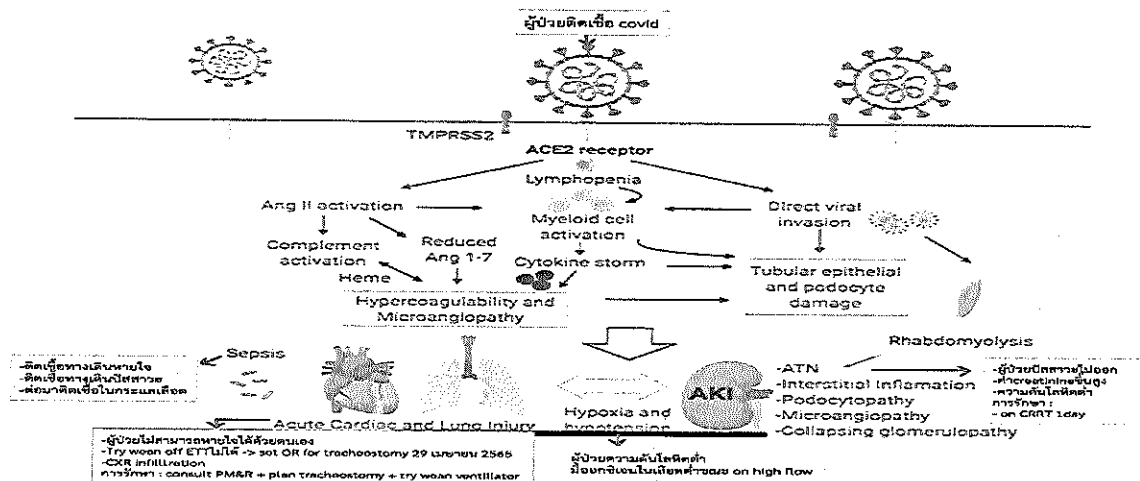
- SARS-CoV - ๒ S type พบประมาณร้อยละ ๓๐ โดยชนิด L type กลายพันธุ์มาจาก s type ซึ่งก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคได้มากกว่า ขนาดของเชื้อไวรัสประมาณ ๒๙.๙ Kb ซึ่งมีภายในนิวเคลียส และภายนอกเซลล์ไวรัสมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบสำคัญ ภายในนิวเคลียสมีจีโนมหรือข้อมูลทางพันธุกรรมของเชื้อไวรัส เรียกว่า ORF (ORF๑ a/b) และโปรตีนสำคัญอีก ๔ ประเภท ได้แก่.

- s protein ซึ่งเป็นส่วนที่ SARS - COV - ๒ ใช้จับกับ Angiotensin converting enzyme ๒ (ACE ๒) ซึ่งอยู่ในทางเดินหายใจของคน

- M protein ทำหน้าที่ขนส่งอาหาร สร้างโปรตีนเปลือกหุ้ม และการแบ่งตัวใหม่ของเชื้อไวรัส

- N protein

- E protein มีบทบาทสำคัญในการขัดขวางการทำหน้าที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายคน เมื่อเชื้อ SARS - CoV - ๒ เข้าสู่ร่างกายจะใช้ส่วนของ S - glycoprotein จับกับตัวรับ ACE ๒ receptor ของคนผ่านเยื่อหุ้มเซลล์เข้าสู่เซลล์ของคนจากนั้นจะมีการปล่อย RNA virus จำนวน ๒ สาย ได้แก่ pp๑ a และ pp๑ ab ซึ่งไม่มีโปรตีนโครงสร้างห่อหุ้ม จากนั้นจะมีการสำเนาห่อหุ้มของเชื้อไวรัสในลักษณะเยื่อหุ้มเป็นถุงแบบสองเท่า (Replication - transcription complex in double - membrane vesicle) อย่างต่อเนื่องซึ่งจำเป็นสำหรับการสร้างโปรตีนโครงสร้างของเชื้อไวรัส ได้แก่ Endoplasmic reticulum และ Golgi ทั้งนี้ RNA virus ที่ถูกสร้างขึ้นมาใหม่จะมีการแบ่งตัวหรือแตกหน่อเพื่อแพร่กระจายเชื้อต่อไป เชื้อไวรัสที่ผ่านเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิด Cytopathic effect และ Cytokine storm ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรง การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่างกายพร่องออกซิเจน ซ็อกเลือดเป็นกรด การแข็งตัวของเลือดเสียไป อวัยวะหลายระบบล้มเหลวและเสียชีวิตตามมา ทั้งนี้ โรคจะทำความรุนแรงมากขึ้นกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด



๑๑. เลือก concept...

๑๑. เลือก concept และอธิบายตามปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย

๑๒. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด
ข้อมูลสนับสนุน

- case post covid prolong tube try wean ventilator ไม่ได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

- ทางเดินหายใจโล่ง

- ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะการหายใจ โดยสังเกตลักษณะอัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ
พร้อมทั้งรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

๒. สังเกตระดับความรู้สึกตัว เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที

๓. จัดท่านอนศีรษะสูง ทำให้ปอดขยายได้ดีขึ้น และให้นอนพักอย่างสมบูรณ์เพื่อลดการให้ออกซิเจน

๔. ฟังเสียงการหายใจเข้าและหายใจออก สังเกตการขยายของปอดทั้งสองข้าง

๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน on ventilator เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน

๖. เตรียมผู้ป่วย เตรียมอุปกรณ์ในการเจาะคอ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง

๗. ดูแล suction clear airway และ care ventilator

๘. ดูแลทำความสะอาดช่องปาก ทุก ๘ ชั่วโมง

๙. ดูแลทำ passive exercise ให้ผู้ป่วย และ consult PM&R เพื่อช่วยการขยายของปอด

๑๐. การหยาเครื่องช่วยหายใจตามแนวทางของโรงพยาบาล

ประเมินผล

วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วย try wean ventilator on mode PSV ๑๒ PEEP ๕ FiO_๒ จาก ๐.๔ เป็น ๐.๓ หายใจดี ไม่มีหอบเหนื่อย RR ๒๐ - ๒๒ bpm O_๒ sat ๙๙ - ๑๐๐% TV ๔๐๐ - ๕๐๐ ml เสมหะสีเหลือง ประมาณ ๑ - ๒ สาย ABG pH ๗.๖๑ PaCO_๒ ๓๐ PaO_๒ ๒๑๖ HCO_๓ ๓๐.๑ O_๒ sat ๑๐๐ % CXR on infiltrate เพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยสูงอายุ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ

- ประวัติเป็น post covid ๑๙

- ผู้ป่วยบอกว่าหายใจเหนื่อยหอบ มีอัตราการหายใจ ๒๘ ครั้ง ต่อวันที่ หลังจากเอาท่อช่วยหายใจออก

- เสมหะปริมาณมาก สีเหลืองข้น ไม่สามารถไอออกเอง

- ผลการตรวจร่างกายพบมีเสียงปอด crepitation

- ผลภาพถ่ายรังสีปอดพบ infiltration

- ผล sputum c/s ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ พบเชื้อ Moderate Acinetobacter baumannii

- อุณหภูมิร่างกายมากกว่า ๓๘.๐ องศาเซลเซียส

เป้าหมายการ...

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง ๓๖.๕ - ๓๗.๕ องศาเซลเซียส
๒. ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติ หรือไม่มีความผิดปกติเพิ่มขึ้น
๓. เสมหะลดลงหรือหมดไป ลักษณะไม่เหนียว ไม่มีสี
๔. ผล sputum gram stain , c/s และ hemoculture ไม่พบเชื้อ
๕. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อประเมินเรื่องการติดเชื้อ และมีใช้อุณหภูมิร่างกายมากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เพื่อเป็นการช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย และวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจากเช็ดตัวลดไข้ ๓๐ นาที
๒. แนะนำให้ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปาก ฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ
๓. ให้การพยาบาลด้วย technique universal precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ใส่ผ้าปิดปาก - จมูก (surgical mask) และถุงมือสะอาด (cleaned glove) ใส่เครื่องช่วยหายใจให้ทำความสะอาดปลายเปิดท่อช่วยหายใจ และปลายข้อต่อช่วยหายใจ ด้วยสำลีชุบ ๗๐% alcohol และเปลี่ยนสำลีทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนตำแหน่งที่ทำความสะอาด ดูแลทำความสะอาด fingertip suction ด้วยสำลีชุบ ๗๐ % alcohol ก่อนและหลังใช้งานเพื่อป้องกันไม่ให้สัมผัสปนเปื้อน เวลาดูดเสมหะให้ดูดเสมหะในช่องปากก่อนในท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการสำลัก และป้องกันการติดเชื้อ ทำความสะอาดปากฟันอย่างน้อยทุก ๘ ชั่วโมง หรือก่อนการให้อาหารทางสายให้อาหารด้วยน้ำปราศจากเชื้อ และใช้ ๐.๑๒ % chlorhexidine บ้ายเหงือก ฟัน เพดานปาก และลิ้น ดูแลเผื่อระวังไม่ให้น้ำที่ตกค้างใน ventilator circuit ไหลเข้าทางผู้ป่วย เวลาพ่นยา พิจารณาใช้ยาพ่นละอองฝอยชนิดใช้ครั้งเดียว และดูแลเก็บอุปกรณ์พ่นยาไว้ในกล่องที่มีฝาปิดมิดชิดและเปลี่ยนอุปกรณ์อย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง
๔. สังเกตลักษณะ สี กลิ่น และปริมาณของเสมหะว่ามีเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่
๕. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ MEROPENEM ๑ GM. INJ. IV q ๑๒ Hrs และปรับเปลี่ยนยาตามแผนการรักษาหลังได้ผลการเพาะเชื้อ เป็น FOSMYCIN ๔๐๐ mg iv drip in ๔ hr q ๑๒ hr และ COLISTIN ๓๐๐ mg iv stat then ๑๐๐ mg iv q ๑๒ hr โดยการสอบถามผู้ป่วยว่าเคยได้รับยาด้านจุลชีพบ้างหรือไม่ ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา การแพ้อาหาร ถ้ามีประวัติดังกล่าวรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยาด้านจุลชีพตามความเหมาะสม แนะนำให้สังเกตอาการแพ้ยาด้านจุลชีพ ได้แก่ ผื่นแดง ก้นตามร่างกาย ปากบวม หน้าและหนังตาบวม หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หากพบอาการผิดปกติ รายงานให้แพทย์ทราบทันที เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง บันทึกการให้ยา ได้แก่ ขนาดของยาที่ได้รับ เวลา ความถี่ในการ ได้รับยา ระยะเวลาที่ได้รับยาหลังจากได้รับยา ๓๐ นาที ให้ประเมินการแพ้ยา
๗. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเพาะเชื้อ และผลภาพถ่ายรังสีปอดเมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาวางแผนการรักษาาร่วมกัน
๘. ประสานงานส่งปรึกษาทีมแพทย์หน่วยโรคติดเชื้อตามแผนการรักษา

ประเมินผล

วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วย try wean ventilator on mode PSV ๑๒ PEEP ๕ FiO_๒

จาก ๐.๔ เป็น...

จาก ๐.๔ เป็น ๐.๓ หายใจดี ไม่มีหอบเหนื่อย RR ๒๐ - ๒๒ bpm O_๒sat ๙๙ - ๑๐๐% TV ๔๐๐ - ๕๐๐ ml
เสมหะสีเหลือง ประมาณ ๑ - ๒ สาย ABG pH ๗.๖๑ PaCO_๒ ๓๐ PaO_๒ ๒๑๖ HCO_๓ ๓๐.๑ O_๒sat ๑๐๐ %
CXR infiltrate เพิ่มขึ้น และ lung sound : no crepitation ผู้ป่วยมีไข้ ๓๘ องศาเซลเซียส วันละ ๑ - ๒ ครั้ง
HR ๑๒๙ bpm EKG ๑๒ lead show sinus tachycardia หลังเช็ดตัวลดไข้ HR ลดลง ๑๑๔ - ๑๒๐ bpm

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๓ ไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการปวดแผลผ่าตัดเจาะคอ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยนอนกระสับกระส่ายบนเตียง ดูหน้านิ้วคิ้วขมวด
- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด tracheostomy ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕ post op day ๒

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและบรรเทาอาการปวดลดลง ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

การพยาบาล

๑. จัดทำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
๒. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด fentanyl ๒๕ mcg iv prn เป็นครั้งคราว
๓. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจที่จะช่วยเหลือพูดคุย

เบี่ยงเบนความสนใจเพื่อบรรเทาอาการปวด

๔. ทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ให้การพยาบาลโดยรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
ลดการรบกวนผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อม ดูแลจัดทำให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่ทำการ
ผ่าตัดเพราะจะมีแรงกดทับทำให้เกิดการปวดแผลได้

๕. ติดตามสัญญาณชีพหลังการให้ยาทุก ๕ นาที รวม ๔ ครั้ง และทุก ๓๐ นาที รวม ๒ ครั้ง
ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาได้แก่ กตการหายใจ ความดันเลือดลดลง ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน แঙ্গแพทช์
เมื่อชีพจร น้อยกว่า ๖๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจน้อยกว่า ๑๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตน้อยกว่า
๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท

๖. ดูแลให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล และดูแลบริเวณแผลเจาะคอ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. จัดผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
๒. ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดอย่างเหมาะสม
๓. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด

ประเมินการพยาบาล

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้มากขึ้น vital sign stable สีหน้านิ้วคิ้วขมวด
ลดลง ไม่มีกระสับกระส่าย แผลแห้งดีไม่มีการติดเชื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อสนับสนุน

- แผลผ่าตัดบริเวณที่คอ วันที่ ๓
- ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ เนื่องจากมีโรคประจำตัวจำนวนมาก นอนติดเตียง และไม่สามารถ

ช่วยเหลือตนเองได้

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

การพยาบาล...

การพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก ๔ ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย
๒. ดูแลทำความสะอาดร่างกายเช้า - เย็น และทุกครั้งหลังการขับถ่าย
๓. ดูแลทำแผล วันละ ๓ ครั้ง แบบปราศจากเชื้อ
๔. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ MEROPENEM ๑ GM. INJ. IV q ๑๒ Hrs และปรับเปลี่ยนยาตามแผนการรักษาหลังได้ผลการเพาะเชื้อ เป็น FOSMYCIN ๔๐๐ mg iv drip in ๔ hr q ๑๒ hr และ COLISTIN ๓๐๐ mg iv stat then ๑๐๐ mg iv q ๑๒ hr

๕. ประเมินการติดเชื้อบริเวณแผล เช่น บวม แดง มีหนองไหล แผลแยก เพื่อรายงานแพทย์ พิจารณาการการรักษา

๖. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคผูกสายให้เหลือพื้นที่ประมาณ ๑ นิ้ว เพื่อป้องกันไม่ให้มีการกดทับบริเวณแผล

๗. ติดตาม suction secretion q ๒ hr และดูแลตามแนวทางการดูแลแบบ VAP Bundle

เกณฑ์การประเมินผล

๑. อุณหภูมิอยู่ในช่วง ๓๖.๕ - ๓๗.๒ องศาเซลเซียส
๒. แผลผ่าตัดแห้งดี บวมแดง ไม่มีหนอง
๓. สามารถตัดไหมได้ในวันที่ ๗ ของการรักษา

ประเมินผล

วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ๓๘ องศาเซลเซียส แผลแห้งดี ไม่มีบวมแดง ไม่มีหนองบริเวณแผลผ่าตัด เสมหะสีเหลือง หายใจตาม setting ventilator ตามแผนการรักษาได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๕ ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อสนับสนุน

- มีไข้ ๓๘ องศาเซลเซียส
- ปัสสาวะมีตะกอนขาวขุ่น
- ปัสสาวะมีกลิ่นเหม็น
- ผลการตรวจเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕

Urine culture (F/C)	๑๐ ^๔ Klebsiella pneumoniae (CREMDR)
Sputum culture	Moderate Acinetobacterbaumannii (MDR)
Hemoculture x ๒ specimen	Klebsiella pneumoniae (CREMDR)

วัตถุประสงค์

เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

การพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก ๔ ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย
๒. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด จัดตั้งสายไม่ให้พับงอ เพื่อให้ น้ำปัสสาวะไหลสะดวก
๓. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเช้า - เย็น และทุกครั้งหลังการขับถ่าย
๔. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ MEROPENEM ๑ GM. INJ. IV q ๑๒ Hrs และปรับเปลี่ยนยาตามแผนการรักษาหลังได้ผลการเพาะเชื้อ เป็น FOSMYCIN ๔๐๐ mg iv drip in ๔ hr q ๑๒ hr และ COLISTIN ๓๐๐ mg iv stat then ๑๐๐ mg iv q ๑๒ hr

๕. ประเมินข้อ...

๕. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะทุกวัน เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาถอดสายสวนออกเมื่อหมดความจำเป็น เนื่องจาก urine มีตะกอน เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะใหม่

๖. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น
๗. ติดตามผลการเพาะเชื้อระบบปัสสาวะ
๘. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกาย
๙. ดูแลโดยใช้หลักการ CAUTI BUNDLE

เกณฑ์การประเมินผล

๑. อุณหภูมิอยู่ในช่วง ๓๖.๕ - ๓๗.๒ องศาเซลเซียส
๒. ปัสสาวะมีสีเหลืองใส
๓. สามารถถอดสายสวนออกได้ในวันที่ ๖ ของการรักษา
๔. ผลตรวจปัสสาวะปกติ พบเม็ดเลือดขาว ๑ - ๒ cell/HPF

ประเมินผล

วันที่ ๒๕, ๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ และ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยมีไข้ ๓๘ องศาเซลเซียส วันละ ๑ - ๒ ครั้ง และ urine มีตะกอนไม่สามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้ เกิด recurrent CAUTI ซ้ำหลายครั้ง จึงมีการปรึกษาแพทย์แผนก UROLOGY มีการ set Cystolithotripsy หลังจากผู้ป่วยอาการคงที่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๖ มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

- Hct : ๒๘ %
- Hb = ๙.๓ g/dL
- pt. มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

การประเมินผล

๑. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ปีกจมูกบาน
๒. ค่า Hct = ๓๖.๘ - ๔๖.๖%
๓. ค่า Hb = ๑๒.๓ - ๑๕.๕ g/dL
๔. RR = ๑๖ - ๒๐ bpm, O_๒, sat > ๙๕%

การพยาบาล

๑. Observe ลักษณะการหายใจ หายใจหอบเหนื่อย ปีกจมูกบาน หายใจเร็วแรง การหายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าอก

๒. ประเมิน O_๒ sat คุ้ระดับความอิ่มตัวของเลือด
๓. ประเมิน capillary refill ดู blood flow ปลายมือ - ปลายเท้า
๔. ประเมินภาวะช็อค ดูสีผิว ตัวเย็น เยื่อเมือกซีด
๕. ดูแลให้ on endotracheal tube with ventilator mode PSV ๑๓ PEEP ๕ FiO_๒ ๐.๓

แก่ผู้ป่วย

๖. Record V/S เพื่อประเมินสัญญาณชีพ, ความรู้สึกตัว
๗. จัดทำนอนศีรษะสูงให้พอดีขยับ

๘. ดูแลให้...

๘. ดูแลให้ pt. พักผ่อนบนเตียง ลดการทำกิจกรรม

๙. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct, Hb

การประเมินผล

ผู้ป่วย rest ได้ หายใจดี HR ๑๑๔ - ๑๒๘ bpm RR ๒๐ - ๒๒ bpm O_๒sat ๙๙ - ๑๐๐% หายใจดีไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าอกในการหายใจ on endotracheal tube with ventilator mode PSV ๑๓ PEEP ๕ FiO_๒ ๐.๓ capillary refill ๒ sec ผิวอุ่นสีชมพู E_๔VTM๒ ผลล่าสุด วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๕ Hb ๙.๓ Hct ๒๘.๓ %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๗ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ สารน้ำและอาหารในร่างกายเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยสูงอายุ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ

- ประวัติเป็น post covid ๑๙

- ผู้ป่วย on NG tube score E_๔VTM๒

- ปริมาณ fluid intake น้อยกว่าปริมาณ fluid output ต่อวัน

- K = ๓.๔๑ mmol/L

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและอาหารในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถรับ Feed BD สูตรธรรมชาติ DM ๑.๕:๑ ๒๕๐ ml x ๔ feed + H_๒O ๑๐๐ ml/feed ได้

๒. คำนวณ BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง ๑๘.๕๐-๒๒.๙๐ กิโลกรัม/เมตร

๓. poor skin turgor โดยใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้จับผิวหนังยกขึ้นแล้วปล่อยพบว่าผิวหนังกลับสู่สภาพปกติทันที

๔. ผู้ป่วยสามารถรับปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ feed H_๒O ๑๐๐ ml/feed x ๔ feed ระหว่างมือ

๕. สังเกตอาการ เช่น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

๖. ผลเลือด Albumin อยู่ในเกณฑ์ปกติ ๓.๕-๕.๒ g/dl

๗. K = ๓.๕ - ๕.๑ mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลให้ Feed BD สูตรธรรมชาติ DM ๑.๕ : ๑ ๒๕๐ ml x ๔ feed + H_๒O ๑๐๐ ml/feed ได้ ทดสอบตำแหน่งของสายให้อาหารทางสายยาง เนื่องจากป้องกันเรื่องการสำลัก

๒. ติดตามอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

๓. ดูแลเรื่องการรักษาความสะอาดปากและฟันเพื่อให้ปากสะอาด ช่วยลดอาการปากแห้ง

๔. ประเมิน skin turgor โดยใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้จับผิวหนังยกขึ้นแล้วปล่อยพบว่าผิวหนังกลับสู่สภาพปกติทันทีแสดงว่าความตึงตัวของผิวหนังปกติ (normal skin turgor) แต่ถ้าปล่อยมือแล้วผิวหนังตั้งค้างอยู่ ๒ - ๓ วินาที แสดงว่า ความตึงตัวของผิวหนังไม่ดี (poor skin turgor)

๕. ประเมินและ...

๕. ประเมินและบันทึก fluid intake and output โดยบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก ๘ ชั่วโมง สังเกตสี ลักษณะและปริมาณปัสสาวะ

๖. ติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของผู้ป่วยโดยการชั่งน้ำหนักทุกวันในเวลาเช้า ก่อนรับประทานอาหารและบันทึกไว้เพื่อติดตามผล

๗. ดูแลให้ได้สารน้ำ feed H₂O ๑๐๐ ml/feed x ๔ feed ระหว่างมื้อ

๘. ดูแลให้ได้พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ

๙. ประสานงาน ปรีกษาโภชนาคลินิก เมื่อ nutritional screening มีความผิดปกติ ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไปคือ

- น้ำหนักลดลงมากกว่า ๖ เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ

- รับประทานอาหารได้น้อยลงมากกว่า ๗ วัน

- ผู้ป่วยวิกฤติหรือกึ่งวิกฤติ เพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

๑๐. ติดตามค่าผลเลือด albumin เป็นระยะหากพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษา

๑๑. Feed Elixir KCL ๕๐ ml via NG q ๒ hr x ๒ feed

๑๒. monitor EKG และอาการอาการของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ ท้องผูก อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือปวดเกร็ง เป็นเหน็บชา หรืออาการของภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ ไปจนถึงหยุดเต้น เป็นต้น

ประเมินผล

วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ ผล albumin ๒.๘ g/dl น้ำหนัก ๕๐ กิโลกรัม feed รับประทานได้ no content gastric, normal skin turgor ไม่มีคลื่นไส้และอาเจียน บันทึก fluid ดังต่อไปนี้

วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ intake/output = ๒๑๕๐/๑๓๒๕ ml/๒๔ hr

วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ intake/output = ๒๐๐๐/๑๕๔๐ ml/๒๔ hr

วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ intake/output = ๒๖๙๐/๑๗๐๐ ml/๒๔ hr

ไม่มีอาการโพแทสเซียมสูงหรือต่ำ พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจ Blood Chemistry

๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ K ๔.๑๕ mmol/l

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ K ๔.๐๔ mmol/l

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๘ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยสูงอายุ score E_๔VTM_๒

- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ADL = ๐ คะแนน

- นอนบนเตียงตลอดเวลา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

๒. ไม่พบแผลกดทับบริเวณผิวหนังไม่พบรอยแดงหรือรอยฟกช้ำตามปุ่มกระดูก

เป้าหมายการประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พบแผลกดทับบริเวณผิวหนังไม่พบรอยแดงหรือรอยฟกช้ำตามปุ่มกระดูก

กิจกรรมการ...

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหรือ MEWS for pressure injury prevention ภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรกรับผู้ป่วย โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

๒. ประเมินรอยแดงตามร่างกายและลงบันทึกทุกวันในแบบบันทึกทางการพยาบาล

๓. ดูแลพลิกตะแคงตัว และเปลี่ยนท่านอนทุก ๒ ชั่วโมง โดยจัดให้ตะแคงซ้าย ตะแคงขวา นอนหงาย นอนคว่ำกึ่งตะแคงสลับกันไปตามความเหมาะสม ควรใช้หมอนรองหรือฟ้านุ่มๆรองบริเวณที่กดทับหรือปุ่มกระดูกเพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับ

๔. ดูแลทำความสะอาดผิวหนังใช้น้ำอุณหภูมิปกติ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น ในผู้สูงอายุที่มีผิวหนังบางฉีกขาดง่ายไม่ควรเช็ดตัวแรง และทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล

๕. ดูแลใช้โลชั่นหรือสารให้ความชุ่มชื้นผิวหนังสารที่มีคุณสมบัติเคลือบผิวหนัง เพื่อป้องกันการสัมผัสกับความเปียกชื้น

๖. ดูแลที่นอน ผ้าปูที่นอนให้สะอาด แห้ง เรียบตึงอยู่เสมอ

๗. ดูแลใช้ที่นอนที่มีการถ่ายเทอากาศ ได้แก่ที่นอนลม เพื่อลดแรงกดเฉพาะที่

๘. ใช้ผ้ารองยกในการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเสียดสี

๙. ดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้สะอาดและแห้งไม่อับชื้น เพราะถ้าผิวหนังเปียกชื้นหรือร้อนจะทำให้เกิดแผลเปื่อย ผิวหนังถลอกง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะแล้วต้องทำความสะอาดแล้วซับให้แห้ง และหากพบว่าผู้ป่วยมีผิวหนังแห้งแตกเป็นขุย ควรดูแลทาครีมหรือโลชั่นทาผิว

๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสมเพื่อให้กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และผิวหนังแข็งแรง การไหลเวียนของโลหิตดี

๑๑. ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอมีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรตีน จำเป็นอย่างมากต่อผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ และติดตามผล albumin

๑๒. อธิบายให้คำแนะนำรวมทั้งให้กำลังใจแก่ญาติ

ประเมินผล

ผิวหนังบริเวณก้นกด เกิด pressure injury stage ๑ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ ผล albumin ๒.๘ g/dl น้ำหนัก ๕๐ กิโลกรัม feed รับประทาน no content gastric, normal skin turgor ไม่มีคลื่นไส้และอาเจียน ญาติเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๙ ญาติของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- สีหน้าญาติหน้าเศร้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ญาติของผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับญาติของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

๒. อธิบายเกี่ยวกับอาการของโรคที่ผู้ป่วยประสบอยู่ และวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่หอผู้ป่วย

๓. เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและระบายความรู้สึก

๔. บอกให้ญาติ...

๔. บอกให้ญาติของผู้ป่วยทราบเป็นระยะเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ขึ้นตอนและแผนการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

๕. แจ้งให้ญาติทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

๖. อธิบายให้ญาติฟังเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวโดยเฉพาะเรื่องการเจาะคอเพื่อการระบายเสมหะ และปอดขยายตัวดี แพทย์จะพิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจหลังจากเจาะคอ

ประเมินผล

ญาติค่อยๆ เข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีสีหน้ายิ้มแย้มลดน้อยลง และให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ญาติพาสิ่งของมาให้ผู้ป่วยทำบุญ และญาติเป็นมิตรกับเจ้าหน้าที่มากขึ้น

๑๓. สรุป case ข้อเสนอแนะและข้อมูลการส่งต่อให้กับพยาบาล ward สรุป case การซักประวัติและการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๙ ปี อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ไอมาก มีน้ำมูกและเสมหะมากขึ้น ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ไอมาก มีน้ำมูกและเสมหะมากขึ้น ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลตำรวจ ตรวจ PCR COVID-๑๙ : Detected ระหว่างรอ admit ผู้ป่วย หายใจเหนื่อย RR>๓๐bpm O๒sat drop ๘๘% BP ๗๐/๕๓ mmHg ต่อมาแพทย์วิสัญญีใส่ท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube No.๗.๐ #๒๑ admit ICU covid try wean ventilator ไม่ได้ on PSV mode มี apnea ตลอด ผล Hemoculture at Aline : Staphylococcus จึง off Artery line ผล Hemoculture Subclavian line: Acinetobacter baumannii MDR treat ATB : Colistin , fosmycin , Vancomycin มีไข้ บางช่วง ต่อมาวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๕ sputum PCR undetected ย้ายมา MICU ๑๖ เมษายน ๒๕๖๕ มีภาวะ AKI C SEPSIS คุยกับญาติ start CRRT CVVH MODE หลังจากนั้นดีขึ้น Off DLC วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕ ต่อมา keep I/O urine ออกดี creatinine ๑.๒๑ ล่าสุด และ ,observeต่อ try wean ventilator protocol สามารถ off endotracheal tube ๒ ครั้ง ไม่สามารถหายใจได้เองต่อมาแพทย์จึงให้ on endotracheal tube พร้อมทั้ง consult ENT set OR for tracheostomy ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕ try wean ventilator ปัจจุบัน on ventilator mode PSV ๑๓ PEEP ๕ FiO_๒ ๐.๓ หายใจดีไม่มี apnea มี secretion เยอะ CXR infiltration consult PM&R : chest rehabilitation และ set OR for tracheostomy วันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕, เรื่อง Electrolyte imbalance : Hypokalemia feed Elixir KCL ตาม lab ต่อเนื่อง Hypomagnesemia on ๕๐% Mg SO_๔ IV drip เป็นเวลา ๓ วัน, hypophosphemia feed unema edma ๑๕ ml via NG วันละ ๒ ครั้ง เป็นเวลา ๒ วัน ปัจจุบันวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ K=๓.๔๑ mmol/L แพทย์ order feed Elixir KCL ๕๐ ml oral q ๓ hr x ๒ dose ติดตาม K วันต่อมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วย on foley catheter เป็นเวลานาน และไม่สามารถขยับร่างกายได้ด้วยตัวเอง มี recurrent UTI : urine อุณมีตะกอนบ่อย consult urology แพทย์ให้ on meronam ๑ gm iv q ๑๒ hr, plan ทำ Cystolithotripsy วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เปลี่ยน foley catheter วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ ผู้ป่วยมีไข้ เป็นบางช่วงเวลาแพทย์ให้เก็บ septic work up ; H/Cx๒ specimen Sputum G/S,C/S UA UC lactate เปลี่ยนยาฆ่าเชื้อเป็น Meronam ๒ gm iv stat then ๑ gm iv q ๑๒hr ผู้ป่วยยังคงมีไข้ HR ๑๒๘bpm EKG ๑๒ lead show sinus tachycardia ให้ observe ต่อมาวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๕ ผู้ป่วยซึมลง E๒VTM๒ pupil pin point both eye ส่งทำ CT non - contrast ไม่พบการเปลี่ยนแปลง no hemorrhage ต่อมา consult neuro med และผู้ป่วย E๔VTM๒ pupil ๒mm RTL both eye จึง off ยา alzheimer : Donepezil, Melatonin, Quetiapine, ผู้ป่วยมี hyperglycemia หลังจาก post covid มีติดตาม DTX OD, ,on Humulin...

on Humulin N ๔ unit sc OD, feed BD (๑.๕:๑) ๒๐๐ ml ทุก๖ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต Alzheimer , old CVA , T๒DM

ประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร ปฏิเสธประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร

อาการทั่วไปของผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๙ ปี ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถสื่อสารรู้เรื่อง

E๔M๔V๒ Motor power grade ๒ at all pupil ๒mm. RTL both eye on Ventilator mode P-SIMV

สัญญาณชีพแรกรับ BP= ๑๕๑/๙๘ mmHg pulse ๑๒๐ bpm EKG sinus tachycardia RR มากกว่า ๓๐

bpm Temp = ๓๖.๘ องศาเซลเซียส Plan ทำการผ่าตัด tracheostomy วันที่ทำการผ่าตัด ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕

ข้อเสนอแนะและข้อมูลที่ส่งต่อ ward

๑. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเนื่องจากผู้ป่วยนอนนาน

การพยาบาล

- ดูแลตามแนวทาง CAUTI BUNDLE

- ติดตามภาวะไข้

ได้รับยา

- MEROPENEM ๑ GM. INJ. IV q ๑๒ Hrs. ต่อมา off ให้เป็น ๑. FOSMYCIN ๔๐๐ mg iv drip in ๔ hr q ๑๒ hr เผื่อระวังค่าการทำงานของไต อาการข้างเคียงของยา

- COLISTIN ๓๐๐ mg iv stat then ๑๐๐ mg iv q ๑๒ hr เผื่อระวังค่าการทำงานของไต อาการข้างเคียงของยา

๒. ผู้ป่วยหายใจได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอดแผนการรักษาไป ผ่าตัดทำการผ่าตัด tracheostomy วันที่ทำการผ่าตัด ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕

ติดตาม

๑. ภาวะไข้ CXR ลักษณะ สี ของเสมหะ

๒. ติดตาม lung sound

๓. ดูแลตามแนวทาง VAP BUNDLE

๔. ดูแลให้พ่นยาและ sodium chloride ๔ ml nebulizer q ๑๒hr

๕. ผู้เสี่ยงอันตรายจากภาวะช็อค เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและ มีการนอนโรงพยาบาลนาน

๖. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ได้รับยา INSULATARD HM ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ก่อนอาหาร เข้า ๔ ยูนิต ติดตาม DTX OD เข้าก่อน feed อาหาร Feed BD สูตรธรรมดา (๑.๕:๑) ๒๐๐ ml x ๔ feed เผื่อระวังสูตรอาหารที่เฉพาะผู้ป่วย เบาหวาน และติดตาม content gastric ทุกครั้งก่อน feed อาหาร

๗. เสี่ยงต่อภาวะแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้

การพยาบาล

- พลิกตะแคงตัว และจัดท่า ทุก ๒ ชั่วโมง

- ดูแลเอาหมอนรองบริเวณปุ่มกระดูก

๘. ก่อนเจาะคอและใส่หลอดลมคอ

- ติดตาม lab ,EKG ,swab sputum covid PCR, CXR ก่อนการผ่าตัด และเฝ้าภาวะไข้

- แจ้งญาติเกี่ยวกับแนวทางการรักษา

๙. ญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

ดูแลให้...

- ดูแลให้กำลังใจและแจ้งแนวทางการรักษากับญาติ

๑๐. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ สารน้ำ และอาหารในร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

- ติดตาม lab, EKG, และอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียม ฟอสฟอรัส และโซเดียมในเลือดต่ำ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๒.๓.๑.๑ ได้ทบทวน เพิ่มพูนองค์ความรู้เพื่อนำความรู้มาให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตระยะต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยต่อภาวะการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม มีคุณภาพ ถูกต้องตามแนวทาง และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ผู้ป่วย ได้เจอประสบการณ์มุมมองใหม่ที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าล้ำสมัยเพื่อมาใช้ในการรักษาและประเมินการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๒.๓.๒.๑ สามารถนำทักษะประสบการณ์ที่ได้เรียน และองค์ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มาแบ่งปันความรู้ให้แก่ผู้ร่วมงานในหน่วยงาน เพื่อนำความรู้ไปให้แก่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะต่างๆ ให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกาย ส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะดีขึ้น ซึ่งช่วยในการชะลอความรุนแรงของโรค และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้และได้นำเอาแนวทางการดูแล และการประเมินผู้ป่วยที่พัฒนามาปรับใช้กับหน่วยงานตามความเหมาะสม เพื่อพัฒนาหน่วยงานให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๒.๓.๓ อื่น ๆ

๒.๓.๓.๑ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - ๑๙ การจัดการฝึกอบรมครั้งนี้จึงจัดการฝึกอบรมภาคทฤษฎีเป็นรูปแบบออนไลน์ และจำกัดการเข้าไปศึกษาในบางหน่วยงานที่ศึกษาทำให้ผู้เข้ารับการอบรมลดความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด - ๑๙

ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

๓.๑.๑ เนื่องจากขณะฝึกอบรมภาคปฏิบัติช่วงแรก ได้มีการระบาดระลอกที่ ๕ ของเชื้อไวรัสโควิด - ๑๙ และยอดผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทางคณะที่จัดฝึกอบรมจึงมีมาตรการให้อบรมภาคทฤษฎีแบบออนไลน์เพื่อช่วยลดโอกาสการแพร่ระบาดและการติดเชื้อโควิด - ๑๙

๓.๒ การพัฒนา

๓.๒.๑ เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตควรมีเครื่องมือที่ทันสมัย และมีการพัฒนาความรู้ตลอดเวลา จากปัจจุบันที่มีการศึกษาวิจัยมากขึ้นจึงมีการศึกษาที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๔.๑ ในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังต่างๆ ที่อาจจะต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตในจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการลดภาระงานของทีมบุคลากรทางการแพทย์ ภาระค่าใช้จ่ายของประเทศที่จะต้องเสียไปเพื่อรองรับการบำบัดทดแทนไต จึงควรมีการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว และดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันและช่วยชะลอการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ลงชื่อ.....จิราพร ศุกลสกุล.....ผู้รายงาน
(นางสาวจิราพรณ์ ศุกลสกุล)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ถือได้ว่า การเข้ารับการฝึกอบรมในครั้งนี้ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจในนโยบาย และระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลภาวะวิกฤตวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และสามารถใช้อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีขั้นสูงที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องปลอดภัย

(นางพรเทพ แซ่เอ็ง)

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมในสาขารังสี

