

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - สกุล นางสาวศิริภรณ์ เรือนแป้น
อายุ ๔๒ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตด้านศัลยกรรม
- ๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติงานประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม และผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะวิกฤต รวมทั้ง
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ)
เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร จำนวนเงิน ๔๐,๐๐๐ บาท
 เงินบำรุงโรงพยาบาล จำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท
 ทุนส่วนตัว
- รวมเป็นจำนวนเงิน ๖๐,๐๐๐ บาท
ระหว่างวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ - ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖
สถานที่ ณ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ การพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
(ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

- ๒.๑.๑ เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
- ๒.๑.๒ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ทางคลินิกและความต้องการการดูแล
รักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย
- ๒.๑.๓ เพื่อให้สามารถใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับ
การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้
- ๒.๑.๔ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมิน
ที่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวมได้
อย่างรวดเร็วถูกต้อง และปลอดภัย
- ๒.๑.๕ เพื่อให้มีความสามารถในการส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยวิกฤต
โดยยึดหลักการทำงานแบบสหสาขาวิทยาการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๒.๒ เนื้อหา

โครงสร้างและรูปแบบหอผู้ป่วยวิกฤต

หอผู้ป่วยวิกฤตหรือหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit / ICU) มีหน้าที่หลักในการรักษาชีวิตผู้ป่วยให้ผ่านพ้นระยะวิกฤต โดยการประคับประคองการทำงานของอวัยวะสำคัญ หรือพยุงชีพของผู้ป่วย ระหว่างให้การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด และรอการฟื้นตัวโดยการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ ทั้งบำบัดทดแทนการทำงานของอวัยวะที่ล้มเหลว และเพื่อเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อจะได้ออกไปฟื้นฟูสุขภาพในหอผู้ป่วยธรรมดา และกลับบ้านไปใช้ชีวิตตามปกติได้ในที่สุด

ทรัพยากรในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบไปด้วย จำนวนเตียง ๘ - ๑๒ เตียง / ๑ ICU บุคลากรทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ

ระบบการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต มีหลายรูปแบบ คือ

๑. ระบบเปิด (Open ICU system) มีแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้พิจารณาการรับ - ย้ายผู้ป่วย และให้การรักษา ร่วมกับปรึกษาแพทย์สาขาอื่น ๆ มาร่วมรักษา

๒. ระบบปิด (Close ICU system) มีแพทย์เวชบำบัดวิกฤต หรือแพทย์เฉพาะโรคประจำหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้พิจารณาการรับ - ย้ายผู้ป่วย และให้การดูแลรักษาทั้งหมด

๓. ระบบลูกผสม (Hybrid ICU system) มีแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้พิจารณาการรับ - ย้ายผู้ป่วย และให้การรักษา โดยมีแพทย์เวชบำบัดวิกฤตประจำหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นที่ปรึกษา หรือเป็นเจ้าของไข้แทนระหว่างอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตก็ได้

ลักษณะของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ควรมีลักษณะและบทบาท ตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของสภาการพยาบาล ดังนี้ มีจริยธรรมและเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ใช้เหตุผลทางคลินิกในการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ คิดอย่างเป็นระบบ มีความเป็นผู้นำ มีความสามารถด้านวิชาการ วางแผน และนำความรู้ประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ และถ่ายทอดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ มีความสามารถในการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม มีศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล ปกป้องผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องปลอดภัย ตามสิทธิผู้ป่วย ร่วมพิจารณากับทีมและครอบครัวในการรักษาผู้ป่วย มีบุคลิกที่เป็นมิตร น่าเชื่อถือ เห็นอกเห็นใจกับญาติผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงในผู้ป่วยภาวะวิกฤต

การประเมินระบบหายใจ

๑. ทางเดินหายใจส่วนบน (Upper airway) ประกอบด้วย จมูก (nose) คอหอย (pharynx) และกล่องเสียง (larynx)

๑.๑ ทบทวนประวัติ โรคที่มีพยาธิสภาพของทางเดินหายใจแต่กำเนิด เช่น Pierre - Robin และ ดาวน์ ซินโดรม (Down's syndrome) โรคประจำตัวที่มีผลต่อทางเดินหายใจ เช่น Goiter การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เช่น Croup การติดเชื้อบริเวณเนื้อเยื่อที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น ฝีในช่องปาก ติดเชื้อในช่องใต้ขากรรไกรล่าง ติดเชื้อในช่องใต้ลิ้น ติดเชื้อในช่องหู โรคที่มีผลต่อทางเดินหายใจ เช่น มะเร็งใบหน้าและลำคอ การผ่าตัดช่องปากและลำคอ ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีการสูดสูดสำคัญวัน การได้รับบาดเจ็บที่ใบหน้าและคอ โรคข้อหรือกระดูกไขสันหลังส่วนคอที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

๑.๒ การตรวจร่างกาย ใช้เทคนิคการดู (Inspection) และการฟัง (Auscultation) ดูใบหน้า จมูก ปาก ฟัน เพดาน และคอ ฟังเสียงพูดแหบหรือไม่ หายใจมีเสียงสไตรดอร์หรือไม่

๑.๓ การตรวจพิเศษ การตรวจดูขนาดของโคนลิ้น (Mallampati classification) การยื่นของขากรรไกร (JAW protrusion) การทดสอบการกัดริมฝีปากบน (Upper lip bite test) ช่องขากรรไกร (Mandibular space) การงอคอ (Atlanto Occipital joint (AO) extension) การส่องกล้องตรวจกล่องเสียง (Direct laryngoscopy)

๒. ทางเดินหายใจส่วนล่าง (Lower airway) ประกอบด้วย หลอดลม (trachea), หลอดลมใหญ่ (bronchi) หลอดลมฝอย (bronchioles) ท่อถุงลม (alveolar duct) ถุงลม (alveoli)

๒.๑ การตรวจร่างกาย ใช้เทคนิคการดู (Inspection) คลำ (palpation) เคาะ (percussion) และการฟัง (Auscultation) เปรียบเทียบความแตกต่างทั้งปอดซ้ายและปอดขวา ตรวจจากส่วนบนของทรวงอกลงมาส่วนล่าง ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง

๒.๑.๑ ดู รูปร่างลักษณะทรวงอก ความลาดเอียงของกระดูกซี่โครง ช่องซี่โครง จังหวะ อัตรา ความลึกของการหายใจ

๒.๑.๒ คลำ หาดำแหน่งที่กดเจ็บ ลักษณะความผิดปกติที่เห็นได้ชัด (ก้อน จุดกดเจ็บ แผลเป็น) ประเมินการขยายตัวของทรวงอก การคลำการสั่นสะเทือนของเสียงสะท้อน (Tactile permissus)

๒.๑.๓ เคาะ ตำแหน่งละ ๑ - ๒ ครั้ง ด้วยแรงที่เท่า ๆ กันเปรียบเทียบทั้ง ๒ ข้าง จากบนลงล่าง เสียงจากการเคาะช่วยให้ทราบว่าเนื้อเยื่อของปอดมีลม น้ำ หรือของแข็งอยู่บริเวณนั้น

๒.๑.๔ ฟัง ฟังเสียงหายใจ เปรียบเทียบซ้ายขวา จากบนลงล่าง เสียงหายใจที่ผิดปกติ เช่น เสียงรอนไค (Rhonchi) เสียงวี๊ด (Wheezing) เสียงสไตรดอร์ (Stridor) เสียงกรอบแกรบ (Crepitation)

๒.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๒.๓ การตรวจพิเศษ

การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด

๑. ชักประวัติ

๑.๑ ผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน ชักประวัติเพียง ๒ - ๓ คำถาม ได้แก่ อาการสำคัญ สิ่งกระตุ้นให้เกิด และยาที่ได้รับ

๑.๒ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเฉียบพลัน จะเน้น ๔ ประเด็น คือ การเจ็บป่วยปัจจุบัน ใช้หลัก PQRST ประวัติการรักษาโรคหัวใจ ประวัติโรคร่วม และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ รวมทั้งการดำเนินชีวิต

๒. การตรวจร่างกายใช้เทคนิค ดู (Inspection) คลำ (palpation) และฟัง (Auscultation)

๒.๑ ดู ความสมส่วนของรูปร่าง สีผิว ความสะอาดช่องปากและฟัน จุดเลือดออก หรือจุดจ้ำเลือด เส้นเลือดขอด

๒.๒ คลำ ซีพจร อุณหภูมิ บวมกดบวม ขนาดตับ การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย (capillary refill time) การสั่นสะเทือน (thrill) ตรวจหัวใจห้องล่างโต (heave) การคลำยอดหัวใจ (apical impulse) คลำซีพจรแขนไม่ได้หรือหายไป (collapsing pulse) ความคล่องตัวของหัวใจที่ข้อมือ (allens test)

๒.๓ ฟัง เสียงหัวใจ...

๒.๓ ฟัง เสียงหัวใจ (Heart sound) S_๑ S_๒ เสียงฟู่ (Bruit Murmur)

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๔. การตรวจพิเศษ

การประเมินระบบประสาท สมอง และไขสันหลัง

๑. ทบทวนประวัติ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว

๒. การตรวจร่างกาย

๓. การตรวจพิเศษ

การประเมินการทำงานของไต

ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury : AKI)

๑. ทบทวนประวัติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด AKI โรคประจำตัว สาเหตุการติดเชื้อ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบันและอดีต การใช้ยาหรือสารที่บ่งสี และประวัติครอบครัว

๒. การตรวจร่างกาย การบวม high JVP ความรู้สึกตัว ลักษณะผิวหนัง

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๔. การตรวจพิเศษ

๕. ประเมินความรุนแรงของภาวะ AKI ด้วย RIFEL AKIN KDIGO criteria

การประเมินช่องท้องและระบบทางเดินอาหาร

๑. ทบทวนประวัติ อาการสำคัญ อาการผิดปกติเกี่ยวกับช่องท้องระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการปวด การกลืนลำบาก คลื่นไส้อาเจียน การขับถ่าย น้ำหนักตัว

๒. การตรวจร่างกาย

๒.๑ การตรวจทั่วไป ผิวหนัง ตา หน้า มือและเล็บ

๒.๒ การตรวจช่องท้อง ใช้หลัก ดู ฟัง เคาะ และคลำ

๒.๒.๑ ดู รูปร่าง ลักษณะหน้าท้อง รอยแผล skin vessel

๒.๒.๒ ฟัง เสียงลำไส้เคลื่อนไหว (bowel sound) การฟังเสียงหลอดเลือด (vascular sound) ถ้าได้ยินเสียงฟู่ (bruit) จะไม่เคาะไม่คลำท้อง

๒.๒.๓ เคาะ ประเมินน้ำในช่องท้อง เสียงเคาะทึบหรือโปร่ง หาขนาดตับ

๒.๒.๔ คลำ แบบตันทาตำแหน่งกดเจ็บ อาการกดเจ็บ (tenderness) หน้าท้องเกร็ง (guarding) กดปล่อยเจ็บ (rebound tenderness) หน้าท้องแข็งเกร็งมาก (rigidity) คลำแบบสีกหาตำแหน่งตับ กดเจ็บบริเวณถุงน้ำดี (Murphy's sign) กดเจ็บจุดแมคเบอร์เนย์ (McBurney's point)

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๔. การตรวจพิเศษ

ประเมินการทำงานของตับ

๑. ทบทวนประวัติ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ABCDE ต้มแอลกอฮอล์ ปริมาณ และระยะเวลาที่ดื่ม การได้รับยาหรือสารพิษบางชนิด ภาวะไขมันพอกตับ โรคประจำตัว การติดเชื้อทางเดินน้ำดีอุดตัน

๒. การตรวจร่างกาย...

๒. การตรวจร่างกาย

๒.๑ ดู ต้วตาเหลือง ท้องตึงแน่น ปวดท้องด้านขวาบน คลื่นไส้ อาเจียน มือสั่น

๒.๒ คลำ อาจพบตับโตได้ชายโครงขวา

๒.๓ เคาะ ได้เสียงทึบ

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๔. การตรวจพิเศษ

การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ

๑. การบาดเจ็บต่อศีรษะ (Traumatic brain injury)

๒. การบาดเจ็บช่องอก (Thoracic injury)

๓. การบาดเจ็บช่องท้อง (Abdominal injury)

๔. การบาดเจ็บบริเวณอุ้งเชิงกรานและแขนขา (Pelvic and Extremity)

ใช้หลักการประเมิน Advanced Trauma Life Support (ATLS)

๑. ซักประวัติ ระยะแรก (Primary Assessment) ใช้หลัก AVPU ระยะที่สอง (Secondary Assessment) ใช้หลัก SAMPLE MIVT MIST

๒. การตรวจร่างกายเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะแรก (Primary Assessment) ใช้หลัก ABCDE GCS และ ระยะที่สอง (Secondary Assessment) เป็นการประเมินจากหัวถึงเท้า (Head to toe approach) ใช้หลัก DCAP - BTLS

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๔. การตรวจพิเศษ

การเฝ้าระวังและการจัดการพยาบาลทางศัลยกรรม

ระบบประสาท สมอง และไขสันหลัง

๑. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial Pressure)

การพยาบาล - ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูม่านตา และกำลังแขนขา

- ให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่า ๙๕ เปอร์เซ็นต์

- ควบคุมระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ให้มากกว่า ๙๕ มิลลิเมตรปรอท

หรือค่าความดันเฉลี่ยมากกว่า ๖๕ มิลลิเมตรปรอท

- จัดทำนอนศีรษะสูง ๓๐ องศา คอไม่หักพับเอียง พลิกตะแคงตัวสะโพกงอ

ไม่เกิน ๙๐ องศา

- ดูแลสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ ให้ Manitol และยาป้องกันการชัก

- ลดปัจจัยเสี่ยง เช่น ปวด ไอ จาม หรือเบ่งถ่าย

- ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ๓๖ - ๓๗ องศาเซลเซียส

- ดูแลการหายใจแบบให้มีการระบายอากาศมากกว่าปกติ โดยค่าความดันย่อย

ของคาร์บอนไดออกไซด์ (pCO₂) ควรอยู่ระหว่าง ๓๐ - ๓๕ มิลลิเมตรปรอท

- ประเมินการไหลเวียนเลือด ความดันเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (CPP) มากกว่า

๗๐ มิลลิเมตรปรอท ความดันในกะโหลกศีรษะ (ICP) น้อยกว่า ๑๕ มิลลิเมตรปรอท CPP = MAP - ICP

ค่าปกติ ๖๐ - ๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท

- จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบดูแลให้พักผ่อน

๒. ภาวะเลือดออก...

๒. ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage : SAH) และภาวะ หลอดเลือดสมองหดเกร็ง (Vasospasm)

การพยาบาล - ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ความดันในกะโหลกศีรษะ (ICP) ความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่า ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ขณะหายใจออก (etCO₂) น้อยกว่า ๔๕ มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่า ๙๕ เปอร์เซ็นต์

- ศีรษะสูง ๓๐ องศา
- ดูแลระดับน้ำตาลในเลือด ให้น้อยกว่า ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- ดูแลการระบายน้ำไขสันหลัง โดยให้ความดันเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (CPP) อยู่ระหว่าง ๖๐ - ๘๐ มิลลิเมตรปรอท

- ดูแลให้ Nimodipine, Mannitol Dexamethasone Senokot
- ฝึกระวังภาวะขาดน้ำ (dehydration) โซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia)
- ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวัน

๓. โรคเบาจืด (Diabetes Insipidus : DI)

- การพยาบาล - ประเมินสัญญาณชีพ, ระดับความรู้สึกตัว
- ติดตามปริมาณปัสสาวะ และความถี่จำเพาะ (sp.gr) ทุก ๑ - ๒ ชั่วโมง
 - ติดตามสารน้ำเข้าออก ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
 - ติดตามซีรัมออสโมล และอิเล็กโทรไลต์ ทุก ๔ ชั่วโมง
 - ประเมินภาวะขาดน้ำ (dehydration)
 - ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวัน
 - บริหารยา Hormone ADH (Minirin)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

การผ่าตัดเกี่ยวกับโรคทางหัวใจ

๑. โรคลิ้นหัวใจ (Valvular Heart disease)

๑.๑ โรคลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ (Mitral valve Stenosis): การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม (MV replacement) การผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจ (MV repair) การซ่อมแซมลิ้นหัวใจผ่านสายสวน (Transcatheter MV repair)

๑.๒ โรคลิ้นหัวใจไมทรัลรั่ว (Mitral valve Regurgitation): การซ่อมลิ้นหัวใจผ่านสายสวนด้วยไมทราคลิป (Transcatheter option Mitraclip) การผ่าตัดเปิดกระดูกหน้าอก (Medial sternotomy) การผ่าตัดเปิดช่องทรวงอกเข้าทางด้านขวา (Right Thoracotomy)

๑.๓ โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบ (Aortic valve Stenosis) : การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (AV replacement) การเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านสายสวนโดยไม่ต้องผ่าตัดเปิด (TAVI/ TAVR)

๑.๔ โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic valve Regurgitation) : การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (AV replacement) การผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aortic root surgery) การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจร่วมกับการเปลี่ยนหลอดเลือดแดงใหญ่ (Modified Bentall 's operation David operation)

๒. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease)

๒.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) : การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดถ่างหลอดเลือด (PCI) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG)

๓. โรคหลอดเลือด...

๓. โรคหลอดเลือดเอออร์ติก (Aortic disease)

๓.๑ โรคหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณส่วนนอกโป่งพอง (Thoracic Aortic Aneurysm) : การผ่าตัดแบบเปิด (Open repair/Conventional Surgery) การใส่ขดลวดในหลอดเลือดแดงใหญ่ของทรวงอก (Thoracic Endovascular Aortic Repair, TEVAR)

ปัญหาที่พบบ่อยหลังการผ่าตัดและการพยาบาล

๑. ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)

การพยาบาล - ตั้งเครื่องช่วยหายใจช่วยเต็มที่ ค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่า ๙๕ เปอร์เซ็นต์

- เอกซเรย์ปอด ดูตำแหน่งท่อช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนของปอด
- แก้ไขภาวะแทรกซ้อนของปอด
- ดูดเสมหะ ดูเส้นทางเดินหายใจให้โล่ง
- หย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อถึงเกณฑ์การหย่าเครื่อง

๒. ภาวะเลือดออก (Bleeding)

การพยาบาล - ควบคุมการไหลเวียนโลหิต คงค่าความดันซิสโตลิก ๑๐๐-๑๒๐ มิลลิเมตรปรอท

- ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทน
- ติดตามอาการของภาวะบับรัดหัวใจ (cardiac tamponard)
- ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
- ริดสายระบายและบันทึกปริมาณเลือดจากสายระบาย
- แก้ไขปัญหาความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด
- ติดตามฟิล์มเอกซเรย์

๓. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

การพยาบาล - ติดตามสัญญาณทางระบบประสาททุก ๑ - ๒ ชั่วโมง จากนั้นทุก ๒ ชั่วโมง

- ตรวจวัดออกซิเจนในสมองทุก ๑/๒ - ๑ ชั่วโมง
- ติดตามการไหลเวียนเลือด
- แก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความไม่สมดุลของกรดต่าง ภาวะขาดออกซิเจน

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

- ถ้าความรู้สึกตัวเปลี่ยน รีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อวินิจฉัย และส่งตรวจ

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

๔. อัมพาตครึ่งล่าง (Paraplegia)

การพยาบาล - ติดตามระดับความรู้สึกตัว และกำลังแขนขา ทุก ๑ ชั่วโมง

- ดูแลค่าความดันเฉลี่ย ๘๐-๙๐ มิลลิเมตรปรอท
- ติดตามบันทึกความดันในสมองและไขสันหลังทุก ๑ ชั่วโมง ให้อยู่ระหว่าง ๘ - ๑๒ มิลลิเมตรปรอท ถ้า ICP ๑๐ - ๑๕ มิลลิเมตรปรอท ระบายน้ำไขสันหลังครั้งละ ๕ มิลลิลิตร ICP มากกว่า ๑๕ มิลลิเมตรปรอท ระบายน้ำไขสันหลังครั้งละ ๕ มิลลิลิตร แต่ไม่เกิน ๒๐ มิลลิลิตร ใน ๑ ชั่วโมง
- จัดท่าหัวสูง ๓๐ องศา
- ให้สารน้ำอย่างเหมาะสม

๕. ภาวะสับสนเฉียบพลัน...

๕. ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium)

การพยาบาล - ป้องกันและแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำ จัดการความปวด และสาเหตุของภาวะเมตาบอลิก

- นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ให้ข้อมูลและให้กำลังใจ

๖. ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury)

การพยาบาล - ดูแลให้ค่าความดันเฉลี่ยมากกว่า ๗๐ มิลลิเมตรปรอท โดยให้ยา inotropes vasopressor สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

- บันทึกปริมาณปัสสาวะ ๑ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ใน ๒๔ ชั่วโมงแรก จากนั้น ๐.๕ - ๑ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง

- บันทึกสารน้ำเข้าออก ทุก ๔ ชั่วโมง

- ให้ Lasix แก่น้ำเกิน ติดตามค่าการทำงานของไต (BUN Cr)

- ถ้าปัสสาวะออกน้อย น้ำเกินและไม่ตอบสนองต่อ Lasix ค่า BUN Cr สูง

รายงานแพทย์เพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคไต

๗. ภาวะขาขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute limb ischemia)

การพยาบาล - ประเมิน ๖Ps วัดความดันโลหิต ๔ ระยะเวลา ให้ความอบอุ่นร่างกาย

- ดูแลการไหลเวียนเลือด และออกซิเจน

๘. หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพริ้ว (AF with RVR)

การพยาบาล - แก้ปัญหากรดเบส ความไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์

- ดูแลระบบการไหลเวียนเลือด

- จัดการปวด ส่งเสริมการนอนหลับ

- ดูแลให้ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

๙. ภาวะเลือดออกจากแผล (Endoleakage)

การพยาบาล - ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ปวดหลังปวดท้อง

- วัดความดัน ๔ ระยะเวลา

- ติดตามการไหลเวียนเลือดและชีพจรส่วนปลาย

ระบบช่องท้องและทางเดินอาหาร

๑. ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในช่องท้องแตก (Rupture Abdominal Aortic Aneurysm Rupture AAA)

การพยาบาล - ประเมินความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การหายใจ และการไหลเวียนเลือด

- ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความดันโลหิต ค่าออกซิเจนในเลือด ความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง และ ๖Ps

- สังเกตอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะเลือดออก

- บันทึกปัสสาวะทุก ๑ ชั่วโมง (๐.๕ - ๑ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง)

- ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกซเรย์

- ให้สารน้ำและเลือดทดแทน

- บริหารยาต่าง ๆ
- ประเมินความปวดและจัดการความปวด
- สังเกตอาการทางหน้าท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้ และใส่สายทางจมูก

ระบายลมหรือของเหลวในกระเพาะ

๒. ภาวะลำไส้ขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Mesenteric ischemia : AMI)

- การพยาบาล - ดูแลและติดตามการหายใจ
- ติดตามสัญญาณชีพ สารน้ำเข้าออก และปริมาณปัสสาวะทุก ๑ ชั่วโมง
 - จัดการภาวะช็อกจากการติดเชื้อ
 - ดูแลแผล จัดการความปวด และควบคุมการติดเชื้อ
 - ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ
 - ป้องกันภาวะเลือดออก และแก้ปัญหาด้านทางเดินอาหาร
 - สังเกตอาการกลับเป็นซ้ำ
 - ดูแลให้สารน้ำ และสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

๓. ภาวะขาขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute limb ischemia)

- การพยาบาล - ประเมินสัญญาณชีพ, การหายใจ และ ๖Ps
- ดูแลให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และเฝ้ารอภาวะเลือดออก
 - จัดการความปวด
 - ให้สารน้ำทดแทน และบันทึกปริมาณปัสสาวะ
 - ดูแลแผล กระตุ้นการเคลื่อนไหว
 - ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แผลไหม้ (BURN injury)

การประเมินภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นใช้หลัก ABCDE

การพยาบาล

๑. การให้สารน้ำทดแทน ตามสูตรของ Parkland ๒๐๑๘

- ผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่า ๑๔ ปี = ๒ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อพื้นที่แผลไหม้ ปัสสาวะออก ๐.๕ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง หรือ ๓๐ - ๕๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

- เด็กอายุน้อยกว่า ๑๔ ปี = ๓ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อพื้นที่แผลไหม้, ปัสสาวะออก ๑ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง

- ทารกและเด็กอายุ น้อยกว่า ๓๐ วัน = ๓ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อพื้นที่แผลไหม้ ปัสสาวะออก ๑ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง

- แผลไหม้จากกระแสไฟฟ้า = ๔ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อพื้นที่แผลไหม้ ปัสสาวะออก ๑ - ๑.๕ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง

โดยแบ่งครึ่งหนึ่งให้ใน ๘ ชม. และอีกครึ่งหนึ่งให้ใน ๑๖ ชม.

๒. การบาดเจ็บจากการสูดสำลัก (Inhalation injury) ต้องรีบใส่ท่อช่วยหายใจ

- เตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ
- ให้ออกซิเจน ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ ทันที
- จัดท่าลดการบวม

- ติดตามระดับก๊าซ...

- ติดตามระดับก๊าซในเลือด
- เตรียมช่วยแพทย์ทำการกรีดบาดแผล (escharotomy) หรือ การกรีดเนื้อเยื่อที่หุ้มกล้ามเนื้อ (fasciotomy) ในกรณีผู้ป่วยหายใจลำบากจากแผลไหม้รอบตัว

๓. การติดตามผล (Monitoring)

- ระบบไหลเวียนเลือดทุก ๑ ชั่วโมง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่า ๖๐ มิลลิเมตรปรอท
- ติดตามปริมาณปัสสาวะทุก ๑ ชั่วโมง
- ติดตามระดับสารน้ำในร่างกาย, ความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CVP) ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ น้ำหนักตัว และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ติดตามคะแนนความปวด
- ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อ (Compartment syndrome)

๔. โภชนาการ (Nutrition)

- เริ่มให้อาหารเร็วที่สุด (Early enteral feeding) โปรตีน ๑.๕ - ๒ กรัมต่อน้ำหนักตัว
- จัดท่าหัวสูง ๓๐ - ๔๕ องศา ขณะให้อาหาร
- ให้อาหารแบบต่อเนื่อง อัตรา ๒๐ - ๓๐ ซีซีต่อชั่วโมง
- ติดตามปริมาณอาหารค้างในกระเพาะอาหารทุก ๔ ชั่วโมง
- ให้อาหารกลุ่มโปรไบโอติก กระตุ้นการทำงานของลำไส้

๕. การจัดการความปวด (Pain control)

- ประเมินคะแนนความปวดและระดับความง่วงซึมบ่อย ๆ
- บริหารยาแก้ปวด บันทึกสัญญาณชีพ และให้ออกซิเจนเสริม

๖. การดูแลแผลไหม้ (Wound management)

- ล้างแผลด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ
- แผลสกปรก ล้างด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ
- ทาแผลด้วย ๑ % ซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีน หนา ๐.๕ - ๑ เซนติเมตร
- ปิดด้วยก๊อซและก๊อซหุ้มสำลีปลอดเชื้อ (Gamgee)
- ทำแผลทุกวันจนฐานแผลดีขึ้น ค่อยเปลี่ยนเป็น ทุก ๒ - ๗ วัน
- การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผลให้เหมาะสม

๗. การฟื้นฟูร่างกาย (Rehabilitation)

การเฝ้าระวังและการจัดการพยาบาลทางอายุกรรม

๑. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute Coronary Syndrome)

๑.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกตัวของ ST segment (STEMI)

การพยาบาล - ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

อย่างต่อเนื่อง

- ดูแลให้ยา DAPT ให้ออกซิเจน ให้ morphine ถ้าเจ็บหน้าอกไม่หาย
- ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด
- บันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ช่วงที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
- ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท

- ตรวจคลื่นไฟฟ้า...

- ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ หลังให้ยา ๒๐ - ๔๐ นาที
- เตรียมเครื่องกระตุ้นหัวใจ (DF) ให้พร้อม ในช่วง ๒๔ - ๔๘ ชม. แรก
- กรณีทำ PCI เตรียมผู้ป่วย เช่นไบยีนยอม
- หลังทำ PCI สังเกตจุดเลือดออกหรือก้อนเลือดตำแหน่งที่ใส่สายสวน
- บันทึกปริมาณปัสสาวะ
- ให้สารน้ำอย่างเหมาะสม

๑.๒ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่มีการยกตัวของ ST segment (NSTEMI) การพยาบาล - ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

อย่างต่อเนื่อง

- ดูแลให้ DAPT และยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- ให้ออกซิเจน ให้อาmorphin ถ้าเจ็บหน้าอกไม่หาย

๒. ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock)

การพยาบาล - ติดตามปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน ๑ นาที (cardiac output)

- ประเมินอาการเจ็บหน้าอก หรือหัวใจเต้นผิดปกติ
- ให้ออกซิเจน และการช่วยหายใจ
- ให้สารน้ำตามการรักษา
- ดูแลการทำงานของเครื่องล้างไต (CRRT), เครื่องพุงระบบไหลเวียนเลือด

(IABP) เครื่องพุงปอดและหัวใจ (ECMO)

๓. ภาวะช็อกจากการเสียเลือดหรือเสียน้ำในร่างกาย (Hypovolemic shock)

การพยาบาล - บันทึกสัญญาณชีพ, ปริมาณปัสสาวะ และปริมาณสารน้ำเข้าออก

- ติดตามค่าออกซิเจนในเลือด และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ฟังเสียงปอด
- ให้สารน้ำอย่างเหมาะสม
- ประเมินการกำซาบเลือด และอาการแสดงของอวัยวะล้มเหลว

๔. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในร่างกาย (Septic shock)

การพยาบาล - ให้ยาปฏิชีวนะภายใน ๑ ชม. หลังส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว

- ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ โดยการประเมินการตอบสนองต่อการให้สารน้ำ

(fluid challenge test)

- ดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด (vasopressor) เพื่อเพิ่มความดันโลหิต และยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ หลังส่งตรวจคอร์ติซอล

- ให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ติดตามค่าออกซิเจนในเลือด
- ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะ และการไหลเวียน

ของเลือดส่วนปลาย

- ดูแลทำการล้างไต (CRRT/ SLED)

๕. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

การพยาบาล - ประเมินคะแนน NIHSS, ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ทุก ๑ ชม.

- บันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ระหว่างให้ยาจนครบ ๒ ชม. และทุก ๓๐ นาที อีก ๖ ชม. หลังจากนั้นทุก ๑ ชม. อีก ๑๖ ชม.

- ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอด ๒๔ - ๔๘ ชม.

- หากพบว่ามีเลือดออกต่อเนื้อในร่างกาย, ความดันซิสโตลิก มากกว่าเท่ากับ ๑๘๐ หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าเท่ากับ ๑๐๕ มิลลิเมตรปรอท ให้วัดซ้ำ ๒ ครั้ง ห่างกัน ๕ - ๑๐ นาที หรือระดับความรู้สึกตัว (GCS) ลดลงมากกว่าเท่ากับ ๒ หรือ NIHSS เพิ่มมากกว่าเท่ากับ ๔ คะแนน รีบรายงานแพทย์ทันที

- งดน้ำงดอาหารทางปาก (NPO) ให้สารน้ำทดแทน, งดยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด ๒๔ ชม.

- ให้ออกซิเจน และควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้น้อยกว่า ๓๘ องศาเซลเซียส

- เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) หลังได้ยา rt-PA ครบ ๒๔ ชม.

การพยาบาลหลังทำการลากลิ่มเลือดที่อุดตันออกจากหลอดเลือดสมอง (thrombectomy)

- ตรวจสอบตำแหน่งสายสวน ห้ามงอขาข้างที่ทำ ๖ - ๑๒ ชม.

- บันทึกสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว

- ประเมิน ๖Ps การไหลเวียนเลือดส่วนปลายบริเวณนิ้วเท้า ซีฟงรปลายเท้า

(DPA PTA)

- ดูแลให้สารน้ำ และบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก

- ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติ ให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า

๑๘๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

- ประเมินการหดเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm)

- ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต (nimodipine) ยาละลายลิ่มเลือด

(Antithrombotic drug) ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet drug)

๖. ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome : ARDS)

การพยาบาล - อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และการผูกยึดตัวเพื่อป้องกันการดึงอุปกรณ์

- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยานอนหลับ และยาลดปวดกล้ามเนื้อ

- ติดตามอาการ ความดันโลหิตต่ำ ซีฟงรเต้นเร็ว ปัสสาวะออกน้อย

- ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ และเฝ้าระวังเสียงเดือ

- ฟังเสียงปอด ถ้าได้ยินเบาหรือไม่ได้ยิน รีบรายงานแพทย์ พร้อมเตรียม

อุปกรณ์ใส่ ICD

- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนคว่ำ เช่น แผลกดทับ การสำลัก

เสมหะอุดตัน

- ติดตามผลเลือด เอกซเรย์ และความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง

- ดูแลให้สารน้ำ และบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก

๗. ภาวะลิ่มเลือด...

๗. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Acute Pulmonary Embolism)

การพยาบาล - ชักประวัติ ตรวจร่างกาย

- ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับการให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่นไบยีนยอม

- ตรวจเลือด และจางเลือด

- หยุดยาเฮพาริน (UHF) ขณะให้ยา rt-PA

- สังเกตอาการเลือดออก ถ้ามีเลือดออกมากให้ไครโอปริซิพิเตท

(Cryoprecipitate) พลาสมา (FFP)

- บันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก ๑๕ นาที นาน ๒ ชั่วโมง

ทุก ๓๐ นาที นาน ๖ ชั่วโมง จากนั้นทุก ๑ ชั่วโมง

- ติดตาม PTT ทุก ๒ - ๔ ชม. ถ้า < ๒.๕ หลังหยุดยาและไม่มี bleed

ให้เริ่มยาเฮพาริน (UHF)

- แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการปวดหัว การมองเห็นหรือความรู้สึกสัมผัสลดลง

ให้รีบแจ้งพยาบาล

- หากพบอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์

๘. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด (Diabetic Ketoacidosis, DKA)

การพยาบาล - ชักประวัติการเจ็บป่วย

- ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้สึกตัว

- ประเมินและบันทึกสารน้ำเข้าออก

- เตรียมและให้สารน้ำทดแทน ๑ - ๒ ชม. แรกให้ NSS ๒ - ๓ ลิตร

- เตรียมยาและบริหารยาอินซูลินทางหลอดเลือดดำทันที

- ตามน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ทุก ๑ ชม. จนกระทั่ง < ๒๕๐ มิลลิกรัม

เปอร์เซ็นต์ เปลี่ยนให้สารน้ำที่มีน้ำตาล พร้อมเปลี่ยนอินซูลินเป็นชนิดใต้ผิวหนัง

- ให้ KCL พร้อมๆ กับการเริ่มอินซูลินทางหลอดเลือดดำ กรณีโพแทสเซียม

ในร่างกาย < ๒.๕ มิลลิโมลต่อลิตร ให้ KCL ๐.๕ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง และหยุดให้ RI ชั่วโมง

- ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด

- ติดตามสัญญาณชีพ ปริมาณปัสสาวะ และผลเลือดระหว่างการให้สารน้ำ

- ถ้าค่า pH < ๗ ให้ ๗.๕% NaHCO_๓ ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ

- ฝ้าระวังภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) และภาวะแทรกซ้อน เช่น

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) สมองบวม (brain

edema) ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) ภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI)

เทคโนโลยีขั้นสูงทางการแพทย์

๑. เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยที่มีระบบการหายใจล้มเหลว

๑.๑ เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical ventilator)

๑.๒ W - ECMO (Veno - Venous Extra Corporeal Membrane Oxygenator) เครื่องทดแทน

การทำงานของปอด

๒. เทคโนโลยี...

๒. เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยที่มีระบบหัวใจและการหายใจล้มเหลว

๒.๑ VA - ECMO (Veno - Arterial Extra Corporeal Membrane Oxygenator) เครื่องทดแทนการทำงานของหัวใจและปอด

๒.๒ Nitric Oxide (NO) เครื่องมือเพื่อลดความดันหลอดเลือดแดงในปอด (Pulmonary artery hypertension)

๓. เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยที่มีระบบการหัวใจล้มเหลว

๓.๑ VAD (Ventricular Assist Device) เครื่องที่ทำหน้าที่ทดแทนการบีบตัวของหัวใจห้องล่าง

๔. เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดฉับพลันที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock)

๔.๑ IABP (Intra-Aortic Balloon Pump) เครื่องพุงระบบไหลเวียนเลือด

๕. เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจที่มีการส่งสัญญาณไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ

๕.๑ Transvenous pacemaker เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราวทางหลอดเลือดดำ

๕.๒ Epicardial pacemaker เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราวทางเยื่อหุ้มหัวใจด้านนอก

๖. เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาไตวายเฉียบพลัน

๖.๑ CRRT (Continuous Renal Replacement Therapy) เครื่องล้างไตอย่างต่อเนื่อง

๖.๒ SLED (Sustained Low Efficiency Dialysis) เครื่องล้างไตอย่างต่อเนื่องระยะสั้น

๗. เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยหลังหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest)

๗.๑ การลดอุณหภูมิของร่างกาย (Therapeutic hypothermia)

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง พัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำความรู้มาต่อยอดและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมั่นใจ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน นำความรู้จากการอบรมมาถ่ายทอดให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน และการนิเทศงานให้กับพยาบาลจบใหม่ หน่วยงานมีพยาบาลจบเฉพาะทางเพิ่มขึ้น

๒.๓.๓ อื่น ๆ การสร้างเครือข่ายทางการพยาบาลกับโรงพยาบาลอีกหลายแห่งทั่วประเทศ

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

- เนื้อหาบางหัวข้อซ้ำกัน การบรรยายมีความต่างกัน จึงทำให้เกิดความสับสนได้
- วิทยากรบางท่านพูดเร็ว ทำให้ฟังไม่ทัน
- ในบางหัวข้อไม่มีเอกสารประกอบขณะการบรรยาย

๓.๒ การพัฒนา

- ควรส่งไฟล์เนื้อหาในการบรรยายล่วงหน้าให้ผู้อบรมอ่านทำความเข้าใจก่อน

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- นำความรู้มาสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

(ลงชื่อ)ศิริภรณ์ เรือนแป้น..... (ผู้รายงาน)
(นางสาวศิริภรณ์ เรือนแป้น)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ถือได้ว่า การเข้ารับการฝึกอบรมในครั้งนี้ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และสามารถวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ทางคลินิกและความต้องการการดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

(นายพรเทพ แซ่เซ็ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์



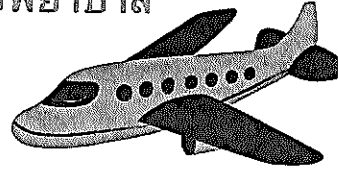
<https://shorturl.asia/uYERk>

การอบรมเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล

ผู้ป่วยวิกฤต(ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

วันที่ 3 ก.ค.66 - 3 พ.ย. 66

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
และพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



Acute Limb Ischemia (ALI)

ภาวะหลอดเลือดแดงขาขาดเลือดเฉียบพลัน



สาเหตุการอุดตัน

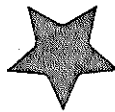
1. จากลิ่มเลือดที่หลุดจากหัวใจและหลอดเลือดแดงส่วนต้น
2. จากโรคผนังหลอดเลือดแดง
3. การบาดเจ็บของหลอดเลือดแดง



อาการ 6Ps

ปวด (Pain)
ผิวหนังซีด (Pallor)
ผิวหนังเย็น (Poikilothermia)

คลำชีพจรไม่ได้ (Pulseless)
มีอาการเหน็บชา (Paresthesia)
ขาอ่อนแรง (Paralysis)



การรักษา

- ให้อาสาละลายลิ่มเลือด
- จัดการความปวด
- ให้สารน้ำ และออกซิเจน
- ผ่าตัด

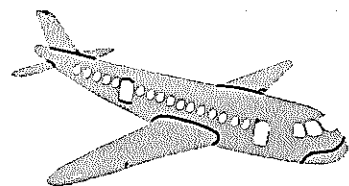
ประโยชน์ที่ได้รับ

- สามารถประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยได้
- สามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้
- เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้
- ติดตามและเผื่อระวังการกลับเป็นซ้ำหลังการผ่าตัดได้



การนำไปใช้

- นำเสนอในที่ประชุม
- วิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน
- นำงานวิจัยต่างๆ มาประกอบเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน



นางสาวศิริกรรณ์ เรือนแป้น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอพักบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

