

THE SECRET OF CREATIVITY IS KNOWING HOW TO HIDE YOUR SOURCES
ALBERT EINSTEIN



CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE, CNPG #4

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เล่ม 4

ศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยการใช้
หลักฐานเชิงประจักษ์ 2562

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
พฤษภาคม 2562



แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing practice guideline, CNPG) #4

เอมอร แสงศิริ
ดรุณี ผดุงเพียร
ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์
เพ็ญจันทร์ แจ่มใส
วันนา จินดาเพิ่ม
ฐานันท์ รัตยง

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing practice guideline, CNPG) #4



พิมพ์ครั้งที่ 1: มิถุนายน 2562

จำนวน 1,000 เล่ม

ISBN : 978-616-8212-13-4

บรรณาธิการที่ปรึกษา (Advising Editor)

เนลาศรี เส่งยม

จิตรา จันทะกิจ

บรรณาธิการ (Editor in chief)

เอมอร แสงศิริ

กองบรรณาธิการ (Editorial department)

ดร.ณัฏฐ์ ฝดุงเพียร

ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์

เพ็ญจันทร์ แจ่มใส

วันนา จินดาเพิ่ม

ฐานันท์ รัตยง

ติดต่อ : Mail : rincu.trc@gmail.com

จัดพิมพ์โดย

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน

กทม. 10330

พิมพ์ที่

บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด

9/11-13 ซอยเสนานิคม 1

ถนนพหลโยธิน แขวงเสนานิคม

เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร 029416650

Website : <http://www.boonsiriprint.com>



นางสาวฉลาศรี เสงี่ยม

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในทุกมิติของการรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นับเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการแสดงออกซึ่งความรับผิดชอบของวิชาชีพการพยาบาล ที่จะค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือวิธีการที่ดีที่สุด ทันสมัยที่สุด และน่าเชื่อถือที่สุด โดยผนวกกับประสบการณ์และความรู้ฝังลึกที่สั่งสมมาในตัวของผู้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลสาขานั้นๆ และสามารถนำมาใช้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เพื่อมุ่งให้ผู้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

ขอขอบคุณศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณาจารย์จากคณะพยาบาลหลากหลายสถาบัน รวมทั้งพยาบาลนักปฏิบัติทุกหน่วยงาน ที่มีส่วนสำคัญให้เกิดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เล่ม 4 ขึ้น

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการกำหนดแผนการพยาบาล เพื่อมุ่งให้ผู้ผู้ป่วยของเราได้รับการดูแลที่ปลอดภัย มีสุขภาพที่ดีขึ้น และเป็นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลให้มีความก้าวหน้าสืบต่อไป

ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สหราชอาณาจักรไทย

1873 ถ. พระราม 4 ปทุมวัน

กทม. 10330

02-256-4360

Shalaosri.s@chulahospital.org

นางสาว ฉลาศรี เสงี่ยม

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวจิตรา จันชนะกิจ

ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ด้านวิจัยและนวัตกรรม

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline) เป็นหนังสือที่ถูกเรียบเรียงขึ้นจากการสืบค้น วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยต่างๆ ที่เป็นที่ยอมรับกัน และเชื่อถือได้ เพราะการมีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกด้านการพยาบาล นับเป็นเรื่องที่ดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานตามหลักวิชาการที่สามารถอ้างอิงได้ ส่งผลให้การพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

การทบทวนแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตาม เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเล่มนี้น่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการตัดสินใจเชิงการบริหารและพิจารณาเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการดำรงรักษาวิชาชีพพยาบาลของเราให้ยั่งยืน



ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถ. พระราม4 ปทุมวัน
กทม. 10330



09-0642-9446



Chitra.c@chulahospital.org

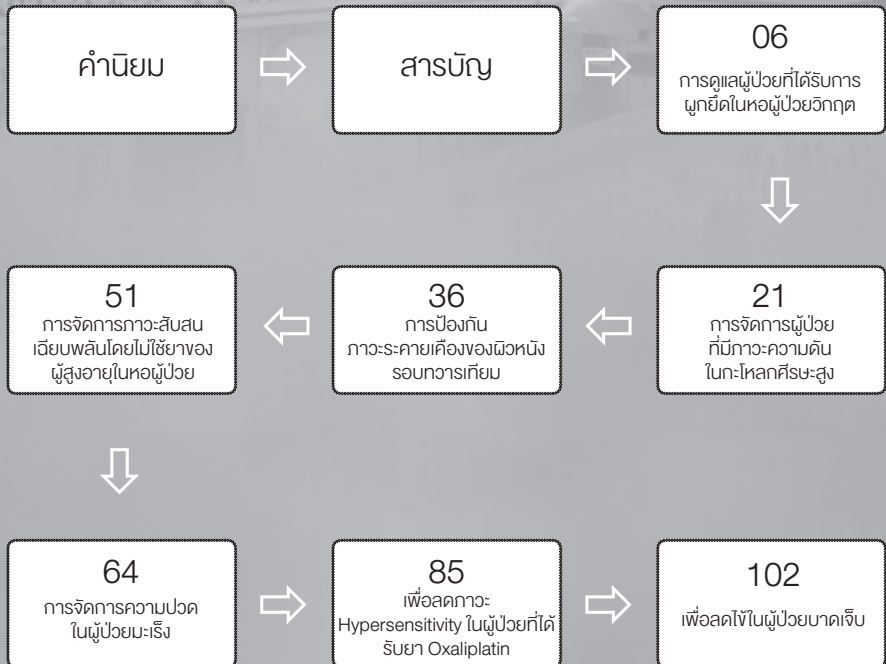
จิตรา จันชนะกิจ

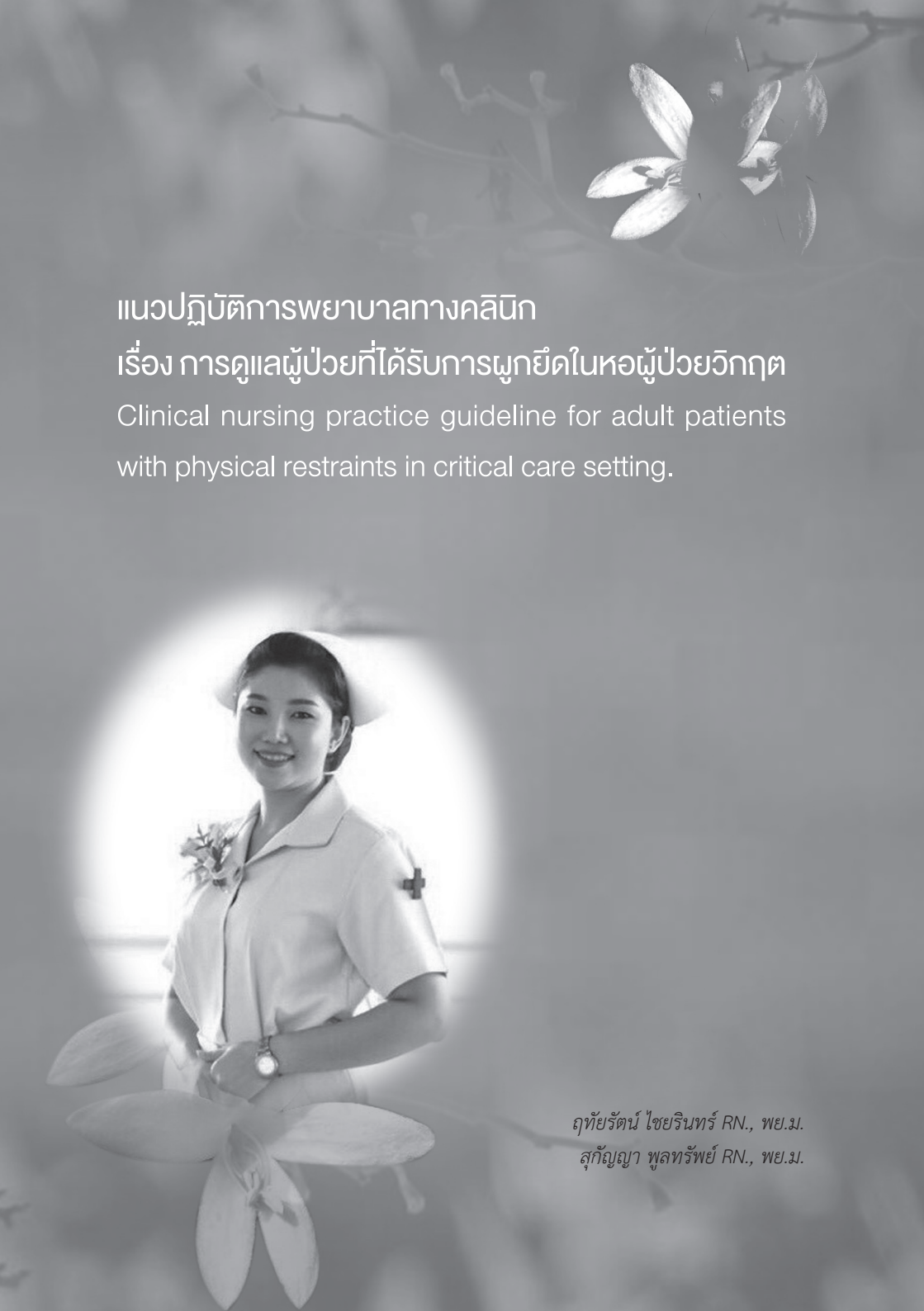
นางสาว จิตรา จันชนะกิจ

ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ด้านวิจัยและนวัตกรรม

สารบัญ

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก Clinical nursing practice guideline, CNPG





แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยวิกฤต

Clinical nursing practice guideline for adult patients
with physical restraints in critical care setting.

ฤทัยรัตน์ ไชยรินทร์ RN., พย.ม.

สุกัญญา พูลทรัพย์ RN., พย.ม.

ความเป็นมาและความสำคัญของการพัฒนา CNPG

การผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการปฏิบัติอย่างแพร่หลายมาเป็นเวลานาน โดยมักนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีการสอดใส่อุปกรณ์การรักษาต่างๆ เช่น ท่อช่วยหายใจ สายสวนคาปัสสวาระ สายให้อาหาร สายระบายต่างๆ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับตัวผู้ป่วยจากการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์นั้นๆ หรือจากการดึงของผู้ป่วยเอง รวมทั้งป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่ต้องการลุกออกจากเตียง โดยวิธีการที่นำมาใช้และอุปกรณ์การผูกมัดนั้นยังมีความแตกต่างกันหลากหลายตามบริบทที่แตกต่างกัน การผูกมัดผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจะสามารถลดการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ต่างๆ ลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผูกมัดได้

ฝ่ายการพยาบาล ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้อ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาลได้

วัตถุประสงค์

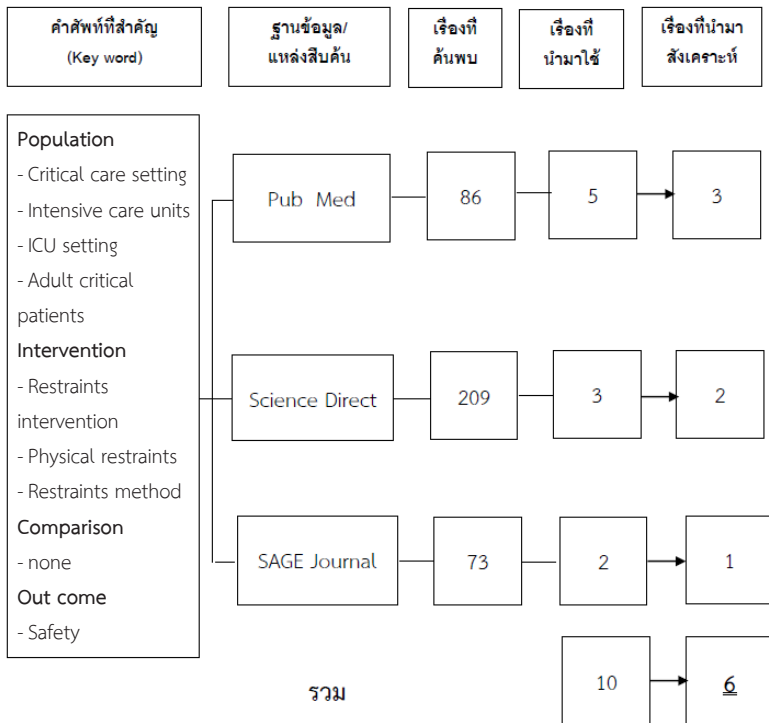
1. เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด
2. เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผูกมัดผู้ป่วย

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ผู้ป่วยผู้ใหญ่ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการผูกมัด

นิยามศัพท์

การผูกมัดร่างกาย หมายถึง การใช้เครื่องมือ วัสดุ หรืออุปกรณ์ต่างๆ ผูกมัดเข้ากับร่างกายหรือใกล้กับร่างกาย เพื่อควบคุมผู้ป่วยและไม่ให้ผู้ป่วยนำออกได้เอง โดยง่ายเป็นการป้องกันการเคลื่อนไหวร่างกายของบุคคลนั้นตามต้องการ หรือตามความสามารถที่บุคคลนั้นสามารถทำได้ตามปกติ¹



แผนภาพที่ 1. แสดงการกำหนดแหล่งสืบค้นและผลการสืบค้น

ขั้นตอนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 1. การเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ก่อนได้รับการผูกยึด

1. การเตรียมผู้ป่วย

1.1 การประเมินผู้ป่วย

1.1.1 พยาบาลประเมินข้อบ่งชี้ในการผูกยึดผู้ป่วย ดังนี้

1) ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium/ acute confusional state) ภาวะกระวนกระวาย (agitation) ภาวะง่วงซึม (drowsiness) sundown syndrome, ICU psychosis, ICU delirium^{1, 5} (Level 7, 6)

2) ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว ได้แก่ ยารักษาอาการทางจิตเวช เช่น Benzodiazepine ยาระงับความรู้สึก เช่น propofol opioids^{2, 5} (Level 4, 6)

3) ผู้ป่วยที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เพื่อการรักษาต่างๆ เช่น สายน้ำเกลือ สายให้อาหารทางจมูก สายสวนคาปัสสภาวะ ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ^{1, 5} (Level 6, 7)

4) ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือต่อต้านการรักษพยาบาล ดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์⁶ (Level 3) พยายามลุกออกจากเตียง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม⁴ (Level 4)

5) ผู้ป่วยที่มีคะแนนการประเมิน Sedation-Agitation Score (SAS) มากกว่า 4 หรือน้อยกว่า 3 คะแนน⁵ (Level 6)

1.1.2 พยาบาลประเมินข้อห้ามต่างๆ ในการผูกยึดไม่ควรทำการผูกยึดหากพบว่าข้อห้าม ดังนี้

1) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และกระวนกระวาย เนื่องจากจะเพิ่มความพิการและอัตราการตาย¹ (Level 7)

2) ผู้ป่วยที่มีอาการบวม เขียว มีแผลกดทับ ข้อยึดติดกระดูกหัก อ่อนแรง¹ (Level 7)

3) ผู้ป่วยที่มีการหายใจลำบากหรือมีปัญหาการหายใจ¹ (Level 7)

4) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมไม่เซ็นอนุญาตยินยอม
การผูกมัด¹ (Level 7)

1.2 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ

1.2.1 เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการ
ผูกมัดตามข้อบ่งชี้แล้ว พยาบาลแจ้งเหตุผลและความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับ
การผูกมัด และให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติว่าจะได้รับการผูกมัดเพียงชั่วคราว
เท่านั้น² (Level 4)

1.2.2 ให้ผู้ป่วยและ/ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมเซ็นอนุญาต
ในใบยินยอมการผูกมัดผู้ป่วย² (Level 4)

1.3 การเตรียมอุปกรณ์² (Level 4)

1.3.1 ผ้าก๊อชหรือวัสดุที่มีความอ่อนนุ่มสำหรับรองปุ่มกระดูกและ
ผิวหนังบริเวณที่จะทำการผูกมัด เช่น บริเวณข้อมือ ข้อเท้า



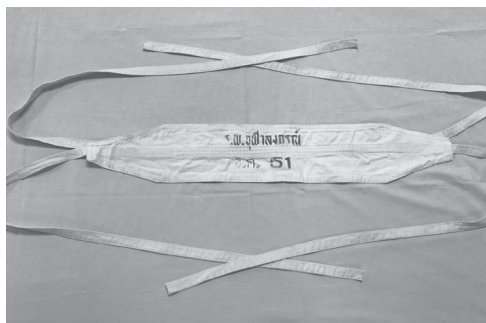
ภาพที่ 1 : แสดงวัสดุที่ใช้สำหรับรองปุ่มกระดูกและผิวหนัง

1.3.2 เสื้อหรือชุดสำหรับผูกยึดลำตัว



ภาพที่ 2 : แสดงเสื้อสำหรับผูกยึดลำตัว

1.3.3 เข็มขัดหรือผ้าคาดในแนวขวางลำตัวที่ใช้ผูกยึดกับเตียงหรือรถเข็นนั่ง



ภาพที่ 3 : แสดงผ้าคาดลำตัวที่ใช้ผูกยึดกับเตียงหรือรถเข็นนั่ง

1.3.4 ผ้าผูกยึดแขนขาให้ติดกับเตียงหรือเก้าอี้



ภาพที่ 4 : แสดงผ้าผูกยึดแขนขา

1.3.5 นวมใช้ห่อหุ้มมือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่ออันตรายจากการขูดข่วนของมือกับเตียงหรือเหล็กกั้นเตียง

1.3.6 อุปกรณ์ตามข้อศอก เพื่อป้องกันการงอแขน

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลขณะผูกยึดผู้ป่วย² (Level 4)

2.1 ประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณที่จะทำการผูกยึด ได้แก่ สีผิว อุณหภูมิ อาการบวม ชีพจรส่วนปลาย หากพบว่า มีบาดแผล รอยแดง ฟกช้ำ หรือผู้ป่วยมีอาการเจ็บ/ ชาไม่ควรผูกยึดในบริเวณนั้น

2.2 เลือกวิธีและตำแหน่งการผูกยึดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2.3 ดำเนินการผูกยึดผู้ป่วย ดังนี้

2.3.1 รองผ้าก๊อชหรือวัสดุที่มีความอ่อนนุ่มบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ข้อมือ ข้อเท้า ก่อนทำการผูกยึด เพื่อป้องกันการถลอกของผิวหนัง



ภาพที่ 5 : แสดงวิธีการรองข้อมือด้วยผ้าก๊อชก่อนทำการผูกยึด

2.3.2 ทำการผูกยึดผู้ป่วยในตำแหน่งที่มีการเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ

2.3.3 ผูกยึดด้วยปมที่มีความแน่นหนาเพื่อป้องกันการดึงของผู้ป่วย
ไม่ควรผูกมัดบริเวณที่ผูกยึดแน่นจนเกินไป ต้องมั่นใจว่าอวัยวะส่วนปลายจะไม่เกิด
การอุดตันการไหลเวียนของเลือดเมื่อผู้ป่วยได้รับการผูกยึด ทดสอบโดยการสอดนิ้ว
ระหว่างอุปกรณ์และผิวหนังได้ 1-2 นิ้ว



ภาพที่ 6 : แสดงการทดสอบว่าผูกยึดผู้ป่วยแน่นเกินไปหรือไม่

2.3.4 ผูกยึดผู้ป่วยในท่าทางปกติตามกายวิภาคและผูกเป็นเงื่อนกระตุก
เงื่อนกระตุกที่สามารถถอดออกได้อย่างรวดเร็วหากเกิดเหตุฉุกเฉิน



ภาพที่ 7 : แสดงวิธีการผูกยึดผู้ป่วยในท่าทางปกติและผูกเป็นเงื่อนกระตุก

2.3.5 ผูกยึดอุปกรณ์กับพื้นเตียงที่สามารถปรับขึ้นลงตามการปรับระดับเตียงได้
ไม่ควรผูกอุปกรณ์กับหลักกันเตียงหรือส่วนของเตียงที่ไม่สามารถเปลี่ยนตามตำแหน่ง
การปรับเตียง



ภาพที่ 8 : แสดงตำแหน่งที่ควรผูกยึด (✓) และไม่ควรผูกยึด (✗)

2.4 บันทึกข้อมูลการผูกยึดผู้ป่วยในเวชระเบียน โดยพยาบาลบันทึกเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการผูกยึด ตำแหน่งที่ผูกยึด การเฝ้าระวังและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด ติดตามแพทย์เขียนคำสั่งการผูกยึดภายใน 24 ชั่วโมงหลังผูกยึด

2.5 การดูแลผู้ป่วยขณะถูกผูกยึด

2.5.1 ประเมินการผูกยึด และลักษณะของผิวหนังบริเวณที่ถูกผูกยึดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

2.5.2 คลายอุปกรณ์ผูกยึดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และดูแลท่า range of motion รวมทั้งดูแลผิวหนังบริเวณที่ถูกผูกยึด

2.5.3 หากพบว่าผิวหนังบริเวณที่ถูกยึดมีอาการเขียว ชีด เย็น หรือผู้ป่วยบอกรู้สึกเจ็บปวดหรือชา ให้ถอดอุปกรณ์ผูกยึดออกทันที พร้อมทั้งประเมินอาการและจัดการดูแลอย่างเหมาะสม

2.5.4 หากมีรอยแดงหรือเกิดบาดแผลจากการผูกยึดต้องรายงานหัวหน้าเวรและแพทย์เจ้าของผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งบันทึกลงในเวชระเบียนผู้ป่วย

2.5.5 เมื่อถอดอุปกรณ์ผูกยึดออก ต้องมีเจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

2.5.6 พุดคุยและสัมผัสเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย

2.5.7 ประเมินข้อบ่งชี้ถึงเหตุผลของความจำเป็นในการผูกยึดต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

2.6 การยุติการผูกยึด

2.6.1 ประเมินว่าผู้ป่วยยังมีข้อบ่งชี้ว่าต้องได้รับการผูกยึดต่อหรือไม่ หากยังมีข้อบ่งชี้ในการผูกยึดให้อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติทราบถึงเหตุผลของการตัดสินใจผูกยึดต่อ

2.6.2 เมื่อผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการผูกยึดให้ยุติการผูกยึด และบันทึกเหตุผลที่ยุติการผูกยึด เช่น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยได้รับการถอดอุปกรณ์การรักษาต่างๆ เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ สายให้อาหารทางจมูก สายสวนคาปัสสภาวะ และสายน้ำเกลือออกแล้ว

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินภายหลังการผูกยึด

3.1 ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ ได้แก่ เกิดอาการบวมเขียว มีแผลกดทับ เกิดการหายใจลำบาก ข้อยึดติด กระดูกหัก อ่อนแรง¹ (Level 7)

3.2 ประเมินการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์การรักษาต่างๆ เช่น ท่อช่วยหายใจ สายน้ำเกลือ สายสวนคาปัสสภาวะ สายให้อาหารทางจมูก⁵ (Level 6)

3.3 ประเมินการพลัดตกโดยใช้ แบบประเมินของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ตารางการประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการผูกยึด

การประเมินภายหลังการผูกยึด	24 hr		48 hr		72 hr		D/C	
	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no
ประเมินการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์การรักษาต่างๆ -ท่อช่วยหายใจ -สายน้ำเกลือ/ central line -สายสวนคาปัสสวาระ -สายให้อาหารทางจมูก -สายระบายต่าง ๆ -อื่นๆ								
ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ -อาการบวม เจ็บปวด -มีแผลกดทับ -เกิดการหายใจลำบาก -ข้อยึดติด -กระดูกหัก -อ่อนแรง -อื่นๆ								
ประเมินการพลัดตกหกล้ม -พลัดตกจากเตียง -พลัดตกจากเก้าอี้								

ตารางที่ 1. การประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการผูกยึด



ผลการทดลองใช้ CNPG

แนวปฏิบัตินี้ได้นำมาพัฒนาเป็นงานวิจัยจากการปฏิบัติการพยาบาล (Routine to Research, R2R) อยู่ระหว่างการดำเนินงานเก็บข้อมูล

ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. นางสาวฤทัยรัตน์ ไชยรินทร์ พยาบาล ระดับ 6
หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท 1 สก. 8
2. นางสาวสุกัญญา พูลทรัพย์ พยาบาล ระดับ 6
หอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ 3 (ภูมิสิริฯ 19B)

ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พตต. นพ. ธรรมศักดิ์ ทวีச்சรี
อาจารย์ฝ่ายวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
อาจารย์พิเศษภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
2. อ. กนกพร จิวประสาท
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. น.ส.ระพี เสียงเสนาะ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลระดับ 6
หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท 1 สก. 8
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ที่ปรึกษาโครงการ

1. รศ.ดร. อรพรรณ โตสิงห์
ประชาสัมพันธ์ สภากาชาดไทย และกรรมการที่ปรึกษา
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้หลักฐาน
เชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประจำปี 2557-2558

เอกสารอ้างอิง

1. Zencirci AD. Use of physical restraints in Neurosurgery : Guide for a good practice. [cited 2014 June 14]. Available from: <http://Intechopen/...neurosurgery/use of physical restraints>
2. Akansel N. Physical restraint practice among ICU nurses in one university hospital in weastern Turkey. **Health Science Journal** 2007; 4: 1–7.
3. Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. **Intensive and Critical Care Nursing** 2010; 26: 241-45.
4. Kandeel NA, Attia AK. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. **Nursing and Health Science** 2013; 15: 79 -85.
5. Luk E, Sneyers B, Rose L, Perreault MM, Williamson DR, Mehta S et al. Predictors of physical restraints use in Canadian intensive care units. **Critical Care** 2014, DOI: 10.1186/CC13789.
6. Taha NM, Ali ZH. Physical restraints in critical care unit: Impact of a program on nurses, knowledge and practice and on patients, outcomes. **Journal Nursing and Care** 2013; 2: 1-9.

เอกสารอ่านประกอบ

- Ayten DZ. Use of Physical restraints in Neurosurgery : Guide for a good practice. Retrieved June 14, 2014, from <http://www.Intechopen.com/...neurosurgery/use of physical restraints>.
- Elena L, Sneyers B, Perreault MM, Williamson DR, Mehta S, Cook DJ. et al. Predictors of physical restraints use in Canadian intensive care units. **Critical Care** 2014, DOI: 10.1186/cc13789.

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

เรื่อง การจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

Clinical nursing practice guideline for nursing management on patients with increase intracranial pressure, IICP



นางสาวอำนวยการ อาชานอก, พย.ม., APN

นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล, พย.ม., APN

นางสาววันนา จินดาเพิ่ม, พย.ม., APN

นางสาวฤทัยรัตน์ ไชยรินทร์, RN, พย.ม.

นางสาวสุกัญญา พูลทรัพย์, RN, พย.ม.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง เนื่องจากกะโหลกศีรษะเป็นอวัยวะที่มีปริมาตรคงที่จำกัด ดังนั้นหากมีพยาธิสภาพที่ทำให้ปริมาตรของส่วนประกอบอันใดอันหนึ่งเพิ่มขึ้นได้แก่ เนื้อสมอง น้ำหล่อสมองไขสันหลัง (cerebrospinal fluid) และเลือด อาจส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น และ/หรือ เกิดการย้ายที่หรือกดเบียดของส่วนประกอบอื่นๆในกะโหลกศีรษะได้ โดยเมื่อความดันในกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองสูงขึ้นมากกว่า 20 mmHg¹ พบว่าเกิดจากการบวมของสมองภายหลังที่ได้รับการผ่าตัด 4-5 ชั่วโมง และจะค่อยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 48-72 ชั่วโมง² เพราะการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมอง จะทำให้ Blood-brain barrier breakdown ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ permeability ของ cell สมองมีการรั่วของโปรตีนออกมาอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ โปรตีนที่สะสมอยู่นอกหลอดเลือดทำให้มีการดึงน้ำตามออกมาด้วย ทำให้เนื้อเยื่อของเซลล์สมองมีการบวมน้ำตามมา³ และจากเมตตาบอลิซึมที่เพิ่มขึ้น เพิ่มให้เกิดกระบวนการหายใจของเซลล์ ทำให้การไหลเวียนเพิ่ม ทำให้ Cerebral blood flow (CBF) เพิ่ม และการขยายของหลอดเลือดจึงเป็นผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางสมองรุนแรงขึ้น ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายและงบประมาณสำหรับการรักษาสูง จำนวนวันนอนเพิ่มขึ้น และอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น

การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ช่วยให้พยาบาลและหรือบุคลากรทางการแพทย์ในการเฝ้าระวังภาวะวิกฤติในผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยอาศัยสัญญาณชีพเป็นหลัก ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย, ความดันโลหิต, อัตราการหายใจ, อัตราชีพจร, ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด และระดับการรู้สึกตัว พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มี

พยาธิสภาพที่สมองจะทำให้สามารถหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมที่จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะหรือพยายามลดผลกระทบจากการปฏิบัติให้เหลือน้อยที่สุด ส่งผลให้ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการตายได้

ทางกลุ่มจึงมีความสนใจที่จะรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เป็นการสร้างองค์ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
2. เพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง
3. ผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทได้รับการประเมินภาวะการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง และได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วย

ผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

นิยามศัพท์

Early warning signs คือ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง โดยประเมินจากอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วถึง

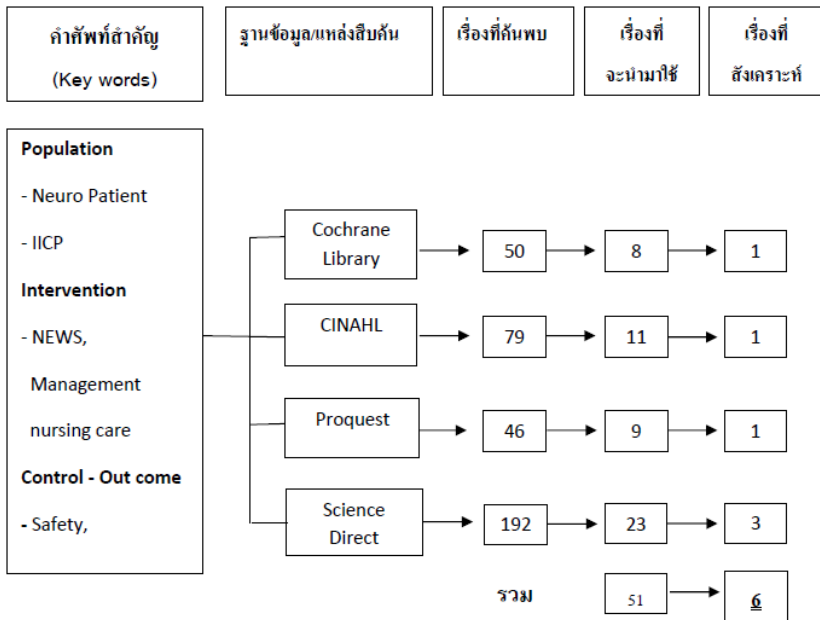
ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หมายถึง ความดันในกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยสูงขึ้นมากกว่า 20 mmHg

กำหนดกรอบและวัตถุประสงค์ของการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยใช้การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐาน โดยใช้แนวคิดของ PICO Framework ระบุคำสำคัญตามรายละเอียดดังนี้

- P (Populations) – Neuro Patient, Increase Intracranial Pressure, Hypertensive intracerebral hemorrhage
- I (Interventions) – NEWS, Nursing care, Management
- C (Comparators) – -
- O (Outcomes) – Safety

แผนผังการสืบค้นงานวิจัย (PICO)



แผนภาพที่ 3 : แสดงการกำหนดแหล่งสืบค้นและผลการสืบค้น

ขั้นตอนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

แนวทางการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินภายหลังการจัดการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ประกอบด้วย

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง⁴ ได้แก่
 - ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (คะแนน GCS ลดลงมากกว่า 2 คะแนน)
 - การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตา (pupil) (ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง และ/หรือรูม่านตาขยายจากเดิม)
 - ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง
 - การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ความดันโลหิตเพิ่ม ชีพจรเต้นช้า อัตราการหายใจช้า และไม่สม่ำเสมอ
 - อาการอื่นๆที่อาจพบร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง
 - $ICP \geq 20 \text{ mmHg}$

2. ประเมินอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ร่วมกับการใช้แบบประเมิน NEWS⁵

ปัจจัยเสี่ยง ระดับคะแนน	3	2	1	0	1	2	3
AVPU	New weakness	New confusion	-	Alert	Voice	Pain	Unresponse
Pupil reaction		ต่างกัน >1 mm	ต่างกัน 1 mm	RTL	Sluggish		NRTL
MAP (mmHg)	≤ 64	65 - 74	75 - 84	85 - 140	141- 150	151-160	> 160
RR (bpm)		≤ 8	9 - 11	12 - 20	21 - 25	26 - 29	> 30
HR (bpm)	<40	41 - 50	50 - 59	60 - 100	101- 110	111-129	≥ 130
O2saturation (%)	≤84 %	85-89%	90-94%	≥95%			
Body temperature (°C)		<35.0	35.1-36	36.0-37.0	37.1-38.0	38.1-39.0	> 39.0
Sodium (mEq/L)	<120	120-129	130-134	135-145	146-150	151-160	>160
Blood sugar (mg/dL)		<70	70-79	80-160	161-170	171-180	
Seizure		เกร็งทั้งตัว	เกร็ง บางส่วน	ไม่มีชักเกร็ง	มีประวัติดชัก	ชัก	

ตารางที่ 2. ตารางการประเมิน และการดูแลผู้ป่วย IICP โดยใช้ NEWS 2015

หมายเหตุ

A = Alert

รู้สึกตัวดี

V = Response to voice

ตอบสนองต่อเสียงเรียก

P = Response to pain

ตอบสนองต่อความเจ็บปวด

U = Unresponsiveness

ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใดๆ

3. หลังจากได้คะแนน NEWS นำมากำหนดแนวทางการทำกิจกรรมดังนี้

ตารางที่ 3. แสดงความถี่ในการประเมินผู้ป่วย ตามแบบประเมิน NEWS

คะแนน	ความถี่ในการประเมินผู้ป่วย
0	วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ตามกิจกรมปกติ
1 - 2	วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง x 3 ครั้ง Monitor ตาม routine หรือแผนการรักษา รายงานเมื่อคะแนนเพิ่มกว่าเดิม 2 คะแนน
3 - 5	วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก และ Monitor ต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ซ้ำทุก 1 ชั่วโมง
≥6 กรณีรวมทุกหัวข้อ หรือคะแนนเพิ่มมากกว่าเดิม 2 หรือมี 3 คะแนนในข้อเดียว	- รายงานแพทย์ทันที - วัดสัญญาณชีพทุก 5 - 15 นาที x 3 ครั้ง - ช่วยเหลือด่วนแบบ ALS

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ประกอบด้วย

1. ประเมินอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งประเมินได้จากระดับความรู้สึกตัว รูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง การกลอกตา ระบบการเคลื่อนไหว รีเฟล็กซ์ของตาและการกลืน และประเมินสัญญาณชีพ⁶ (Level 1)

2. การพยาบาลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ดังนี้

2.1 การจัดท่านอน⁷ (Level 4)

- จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา หรือให้นอนศีรษะวางอยู่ในท่าที่สบาย เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก หลีกเลี่ยงการนอนท่าราบ ท่าศีรษะต่ำ และท่านอนคว่ำ เนื่องจากทำให้ค่าความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น

- รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย ท่าศีรษะและคอที่อยู่ในลักษณะ ก้ม แหงน หรือบิดหมุนซ้าย-ขวา ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น
- หลีกเลี่ยงการรบกวนของคอและการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะท่าดังกล่าวจะทำให้หลอดเลือดดำ jugular บิดหรือตีบแคบ เป็นการขัดขวางการไหลกลับของหลอดเลือดดำจากสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นระหว่าง 5-20 mmHg
- หลีกเลี่ยงการรบกวนข้อสะโพกของผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา เนื่องจากการเคลื่อนไหวของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ



ภาพที่ 8 : แสดงการจัดท่านอน

2.2 การดูแลระบบทางเดินหายใจ^{8,9} (Level 6)

- ประเมินสภาพทางเดินหายใจ สังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงการหายใจ เสียงเสมหะ
- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ วิธี การดูดเสมหะ เพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของค่าความดันในกะโหลกศีรษะ ดังนี้

- ระหว่างการดูดเสมหะ ต้องประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันในกะโหลกศีรษะ (ความดันในกะโหลกศีรษะมากกว่า 20 mmHg) นานมากกว่า 2 นาที ควรหยุดดูดเสมหะ และเว้นระยะเวลาอย่างน้อย 2 นาทีก่อนดูดเสมหะครั้งต่อไปให้

- ควรดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ได้แก่ มีเสียงเสมหะ Hyperventilation ด้วย 100% ออกซิเจน เป็นเวลา 30-60 วินาที

- แรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะ 100-120 mmHg

- การดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้ง/รอบเพราะการดูดเสมหะ ครั้งที่ 2 จะทำให้มีผลสะสมต่อการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ ครั้งละไม่เกิน 10-15 วินาที

- เว้นระยะพักอย่างน้อย 2 นาทีก่อนดูดเสมหะครั้งต่อไป

2.3 การควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย¹⁰ (Level 2)

- ควบคุมอุณหภูมิในร่างกายของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ถ้า $BT \geq 38^{\circ}C$ ขึ้นไป ควรทำการลดไข้ทุกครั้ง โดยการเช็ดตัวด้วยน้ำอุณหภูมิ $26-28^{\circ}C$ ¹⁰

ถ้า $BT \geq 38.5^{\circ}C$ ควรทำการลดไข้ทุกครั้ง โดยการเช็ดตัวด้วยน้ำอุณหภูมิ $26-28^{\circ}C$ ¹⁰ ร่วมกับการให้ยาลดไข้¹¹

ถ้า $BT \geq 39.5^{\circ}C$ ให้ยาลดไข้ ร่วมกับการใช้เครื่องทำผ้าห่มน้ำเย็น

- การใช้ Hypothermia นั้นสามารถลดระดับของ ICP ได้ในระยะ 1 hr. แรกและยังควบคุมระดับให้คงที่นานถึง 6 hr. ซึ่งจะช่วยลดการใช้ hyperosmolar agent ที่ต้องใช้ในการรักษาในผู้ป่วย TBI ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงหรือข้อจำกัดในผู้ป่วยบางราย แต่ภายหลัง 6 ชั่วโมงพยาบาลควรต้องมีการประเมินระดับ ICP และ GCS ร่วมกัน¹² (Level 3)

2.4 ดูแลให้ได้รับยาลดความดันในสมอง

- กลุ่ม corticosteroid ที่นิยมใช้ คือ dexamethasone เพื่อลดภาวะสมองบวม คู่กับยา antacid เพื่อลดอาการข้างเคียงของยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร

- กลุ่ม osmotic diuretics เช่น 20% mannitol โดยยับยั้งไม่ให้ไตดูดน้ำและเกลือแร่ในปัสสาวะกลับเข้าสู่ร่างกาย ทำให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้นและช่วยลดปริมาณน้ำในร่างกายจนส่งผลให้เกิดการลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ควรมีการติดตามผล serum osmolality เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่อไป

2.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา และประเมินความสมดุลของ Intake/output และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ blood chemistry ที่สำคัญได้แก่ Na

2.6 การควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยเกิด hyperglycemia สามารถลดอัตราการเกิดภาวะ brain edema และ Hemorrhagic Transformation ได้โดยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้เกิน 180 mg/dl หรือระหว่าง 140-180 mg/dl¹³ (Level 7)

2.7 ประเมินอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ว่าอาการปวดเป็นมากขึ้นหรือลดลง ถ้าเป็นมากขึ้นแสดงว่ามีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะแสดงอาการซีดลง แขนขาอ่อนแรง รุนานตามีปฏิกิริยาต่อแสงช้า ถ้าพบอาการผิดปกติใดๆ ต้องรีบรายงานแพทย์

2.8 ระวังมิให้เกิดอาการชักเกร็ง เพราะการชักทำให้กล้ามเนื้อเกร็ง และเพิ่มการใช้ออกซิเจนและกลูโคสมาก ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการชัก เช่น ได้รับบาดเจ็บสมองฉีกขาด ควรดูแลให้ได้รับยากันชัก ผู้ป่วยที่รู้สติดี ควรสอนให้รู้จักลักษณะอาการชักที่อาจเกิดได้หลังบาดเจ็บศีรษะ¹⁴ (Level 5)

2.9 บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2.10 หลีกเสี่ยงกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ^{15, 16} (Level 5) ได้แก่

- การไอ
- การเบ่งถ่าย อุจจาระ
- การออกกำลังกาย
- การงอข้อสะโพก
- การหมุนศีรษะซ้าย-ขวา

2.11 ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ควรบอกผู้ป่วยก่อนทุกครั้งว่าจะทำอะไรให้ และมีการสัมผัสเบาๆ ที่หน้า และมือ พูดด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน นุ่มนวล ญาติก็ควร จะได้รับการสอนให้ปฏิบัติเช่นนี้ด้วยเหมือนกัน และการให้ครอบครัวเข้าพูดคุยกับ ผู้ป่วยมีส่วนลดความดันในกะโหลกศีรษะได้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินภายหลังการจัดการภาวะ IICP เตรียมจำหน่าย

(Discharge/Refer/transfer)

- ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง
- รูม่านตา (pupil) ไม่เปลี่ยนแปลง
- ความสามารถในการเคลื่อนไหวเป็นปกติ
- สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจรเต้นคงที่
- ไม่พบอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง
- NEWS Stable อย่างน้อย 48 ชั่วโมงสามารถ Discharge/Refer/Transfer



Figure 4. Check and balance process for a project
 (if the project is on track, the project is on track)

ผลการทดลองใช้ CNPG

แนวปฏิบัตินี้ได้นำมาพัฒนาเป็นงานวิจัยจากการปฏิบัติการพยาบาล (Routine to Research, R2R) อยู่ระหว่างการดำเนินงานเก็บข้อมูล

ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. นางสาวอำนวยพร อาษานอก พยาบาลวิชาชีพระดับ 7
หอผู้ป่วยภูมิคุ้มกัน 7B (NS-ICU 2)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล พยาบาลวิชาชีพระดับ 8
หอผู้ป่วย NS-ICU 1 สก.8
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. นางสาววันนา จินดาเพิ่ม พยาบาลวิชาชีพระดับ 7
ศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. นางสาวฤทัยรัตน์ ไชยรินทร์ พยาบาลวิชาชีพระดับ 6
หอผู้ป่วย NS-ICU 1 สก.8
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. นางสาวสุกัญญา พูลทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพระดับ 6
หอผู้ป่วยภูมิคุ้มกัน 19B (อัย 3)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ที่ปรึกษา

ดร.เอมอร แสงศิริ

หัวหน้าศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Blissitt PA. Hemodynamic Monitoring in the care of the critically ill neuroscience patient. **AACN Advanced Critical Care** 2006; 17(3): 327-340.
2. Winn H. Youmans Neurological Surgery. 3rd edition. Philadelphia: Elsevier; 1990.
3. Josephson L. Management of increased intracranial pressure [Electronic version]. **Journal of Dimensions of Critical Care Nursing** 2004; 23(5): 194-207.
4. Kathryn M. The pathophysiology and causes of raised intracranial pressure. **British Journal of Nursing** 2009; 18(15): 911-914.
5. Jarvis S, Kovacs C, Briggs J, Meredith P, Schmidt PE. Aggregate National Early Warning Score (NEWS) values are more important than high scores for a single vital signs parameter for discriminating the risk of adverse outcomes. **Resuscitation** 2015; 87(2): 75-80.
6. Rory J. et al. Interventions for idiopathic intracranial hypertension (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons; 2015.
7. Matthew J. Meyer, Joseph Megyesi, Jay Meythaler, et.al. Acute management of acquired brain injury part I:An evidence-based review of non-pharmacological interventions. **Brain injury** 2010; 694-705.
8. Kerr ME, Weber BB, Sereika, SM, Darby J, Marion DW, Orndoff PA. Effect of endotracheal suctioning on cerebral oxygenation in traumatic brain-injured patient. **Critical care medicine** 2015; 27(12): 2776-81.
9. Pedersen CM, Rosendahl-Nielsen M, Hjerminde J, Egerod I. Endotracheal suctioning of the adult intubated patient-what is the evidence?. **Intensive Crit Care Nurs** 2009; 25: 21-30.
10. Dzulfajjah NE, Mardiyono, Sarkum D, Saha, D. Combination of cold pack, water spray, and fan cooling on body temperature reduction and level of success to reach normal temperature in critically ill patients with hyperthermia. **Belitung Nursing Journal** 2017; 3(6): 757-64.
11. Eelco FM. et al. Recommendation for the management of cerebral and cerebellar infarction with swelling: A statement for healthcare professionals from the American heart association. **Journal of the American heart association** 2014; 45: 1222-38.

12. Flynn I, Rhodes J, Andrew P. Therapeutic hypothermia intracranial pressure and partial brain oxygen tension in patients with severe traumatic brain injury. **Therapeutic and hypothermia temperature management** 2015; 5(3): 143-51.
13. Fuentes B et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on glycaemia management in acute stroke. **European Stroke Journal** 2017; November.
14. Daiwai M, Olson, Lisa S, Lewis, Mary Kay Bader et.al. Significant practice pattern variations associated with intracranial pressure monitoring. **Journal of neuroscience nursing** 2013; 45(4): 186-91.
15. Fan JY. Effect of backrest position on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in Individuals with brain injury: a systemic review. **JNN** 2004; 36(5): 278-88.
16. Ugras GA, Yuksel S. Factors affecting intracranial pressure and nursing interventions. **J Nurs Care** 2014; 1(1): 1-6.

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

เรื่อง การป้องกันภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม

Clinical Practice Guideline for Prevention Peristomal Skin Irritation



นางสาวบังอร น้อยอำ RN, พย.ม.

นางสาวมยุรา จันทรมโรภาส RN, พย.ม.

นางสาวเพ็ญจันทร์ แจ่มใส RN, พย.ม.

นางสาวสุนนา ศรีบุญกุล RN, พย.ม.

นางสาวเกศินี ชีรทองดี RN, พย.ม.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบมากขึ้นเป็นอันดับที่ 2 ในเพศชาย และอันดับที่ 3 ในเพศหญิง¹ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาร่วม โดยใช้การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี ซึ่งชนิดการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Ostomy) ทวารเทียมที่พบบ่อยได้แก่ ลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ โดยพบว่า ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัด และเกิดได้จากปัจจัยหลายประการ เช่น ชนิดการผ่าตัด ความสูงของทวารเทียม ความอ้วน อายุ รวมทั้งการผ่าตัดแบบฉุกเฉินที่ไม่ได้รับการเตรียมตำแหน่งของทวารเทียมก่อนผ่าตัด และจากการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องภาพลักษณ์ (body image) และการดำเนินชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน การเข้าสังคม² การประกอบอาชีพซึ่งปัญหาทั้งหมดเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนัง³ ที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 76 คือ ภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal skin irritation) ส่งผลต่อการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากการยึดเกาะของถุงรองรับอุจจาระจะลดลงและเกิดรั่วไหลทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล หดหู่ แยกตัวออกจากสังคม ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการใช้อุปกรณ์เพิ่มเติม เช่น ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและผลิตภัณฑ์เสริม กลายเป็นวงจรความทุกข์⁴ และคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลและการพยาบาลที่เหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่สมดุลและคุณภาพชีวิตที่ดี⁵

จากสถิติของ Ostomy and Wound Care Clinic โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 พบอัตราการเกิดภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียมเป็นอันดับที่ 1 ของภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ

52.5 ผู้ป่วยที่ขอรับคำปรึกษาส่วนใหญ่มีปัญหาไม่สุขสบายจากอาการเจ็บ แสบบริเวณที่เกิดการระคายเคือง และแสบหลอดบ่อย สูญเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม

พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยออสโตมี แพลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Enterostomal Therapy Nurses: ET Nurse) มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน โดยการเฝ้าระวัง สังเกต ดูแลเอาใจใส่กับความผิดปกติแม้เพียงเล็กน้อย โดยให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเกิดปัญหา รวมทั้งเป็นผู้ให้คำปรึกษากับพยาบาลทั่วไปทั้งด้านการดูแล และการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม นอกจากนี้ทีมพยาบาลออสโตมีและแพลมี การจัดการกับปัญหาภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียมด้วยวิธีการที่หลากหลาย ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันในการป้องกันและจัดการภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรและค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้น การจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก เรื่อง การป้องกันและจัดการภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลในแนวทางเดียวกันและเป็นไปตามมาตรฐาน และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ปลอดภัยและลดความรุนแรง ของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ลดความไม่สุขสบาย และลดภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียในการดูแลทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับของสหสาขาวิชาชีพและองค์กร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม
2. เพื่อลดความรุนแรงของภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

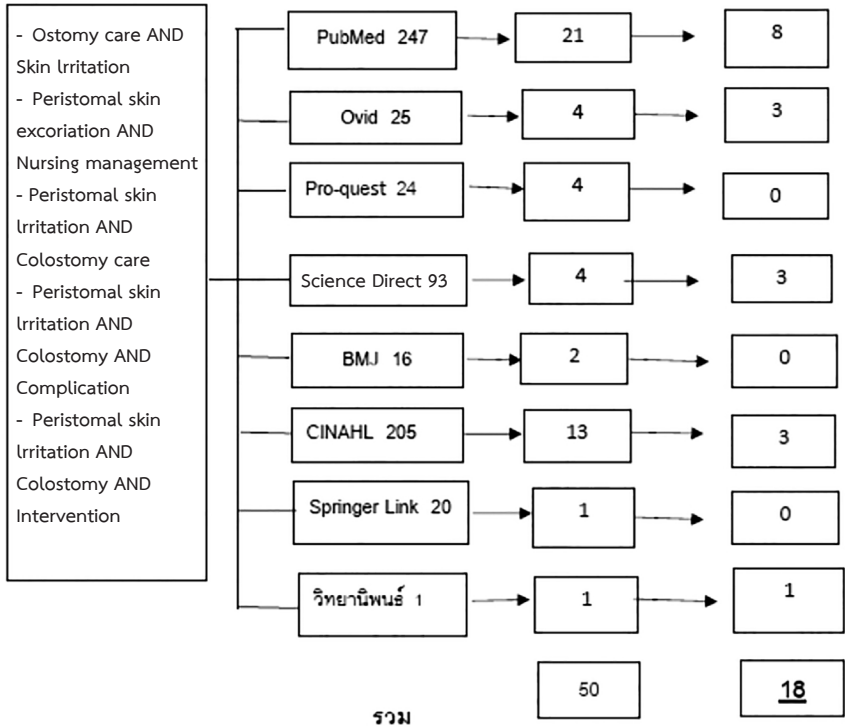
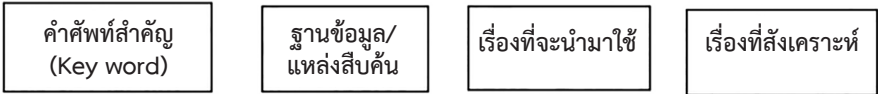
ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีโรกระบบลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

นิยามศัพท์

ทวารเทียม (Ostomy) คือ ส่วนของลำไส้ที่เกิดจากการทำผ่าตัดและนำมาเปิดออกทางหน้าท้อง (Stoma) เพื่อขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ทวารเทียมที่พบบ่อยได้แก่ ลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กเพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ

ภาวะระคายเคืองอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal skin irritation) หมายถึง ภาวะที่ผิวหนังรอบทวารเทียมเกิดการระคายเคือง อักเสบเป็นแผล จากการสัมผัสอุจจาระ ปัสสาวะ สารเคมีต่างๆ กาว (Paste) ชนิดต่างๆ สบู่ น้ำยาฆ่าเชื้อโรค และหากทำความสะอาดไม่หมด หลงเหลือสิ่งตกค้างอยู่ มักจะทำให้ผิวหนังระคายเคือง เจ็บปวดเมื่อสัมผัส อักเสบเป็นแผลตามมา

ผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal skin) หมายถึง ผิวหนังรอบๆ ทวารเทียมที่สัมผัสแป้นทั้งหมด ในผู้ใหญ่ผิวหนังรอบทวารเทียมจะกว้างออกไปประมาณ 4x4 นิ้ว



แผนภาพที่ 5. แสดงการกำหนดแหล่งสืบค้นและผลการสืบค้น

7. ขั้นตอนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

- ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์
- ขั้นตอนที่ 2 การป้องกันภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม
- ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ

1.1.1 การจัดการความเจ็บปวด (Pain management) ตามระดับความปวดของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ

1.1.2 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย บริเวณหน้าท้องไม่เย็นหรือเกิดรอยพับสามารถมองเห็นทวารเทียมและผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียม

1.1.3 ควรเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระในช่วงเวลาที่ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยที่สุดคือตอนเช้าก่อนรับประทานอาหารหรือก่อนดื่มน้ำ

1.2 การเลือกใช้อุปกรณ์ทวารเทียม

ควรเลือกให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ควรเป็นวัสดุที่ปลอดภัยสำหรับทวารเทียมโดยไม่ก่อให้เกิดอาการแพ้ และป้องกันผิวหนังรอบทวารเทียมจากการสัมผัสกับอุจจาระ⁶ (level 4) ควรพิจารณาถึงขนาดและรูปร่างของทวารเทียม ผิวหนังรอบทวารเทียม ความถี่และจำนวนของอุจจาระ ความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม หลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่จำเป็น⁷ (level 7) การเตรียมอุปกรณ์ ควรเตรียมอุปกรณ์จำเป็นให้พร้อมใช้ได้แก่

- สำลีแผ่นขนาดประมาณ 4x4 นิ้ว ชุบน้ำสะอาด บีบน้ำออกพอหมาด
- ภาชนะสะอาดสำหรับใส่สำลีชุบน้ำบิดหมาด
- ถุงมือสะอาด
- ถุงพลาสติก สำหรับรองรับขยะ
- พลาสติกใสสำหรับวัดขนาดของทวารเทียม (Stoma measuring guide)
- ปากกาเคมี
- กรรไกรเล็กปลายโค้ง
- แป้นและถุงรองรับอุจจาระใบใหม่สำหรับเปลี่ยน (แบบขึ้นเดียว/สองชั้น ตามที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย)



ภาพที่ 9 : อุปกรณ์ที่จำเป็นในการติดแป้นและถุงรองรับอุจจาระ

อุปกรณ์เสริมที่จำเป็นเพื่อช่วยให้ แป้น ถุง ติดได้ทนและนานขึ้นและอุปกรณ์ที่ช่วยดูดซึมบริเวณรอบทวารเทียมเพื่อช่วยลดการระคายเคืองบริเวณรอบผิวหนัง (Hydrocolloid powder, protective skin barrier and filler)



ภาพที่ 10 : อุปกรณ์เสริมที่ช่วยให้แป้น ถุงติดทนนาน และปกป้องผิวหนังรอบทวารเทียม

- เครื่องเป่าลมแบบปรับลมเย็นได้ พัดหรือพัดลมเล็กแบบพกพา

ขั้นตอนที่ 2 การป้องกันภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม

2.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทวารเทียมเกี่ยวกับการทำผ่าตัดทวารเทียม และชนิดของทวารเทียม ผิวหนังรอบทวารเทียม อาการและอาการแสดงของภาวะระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม เช่น ปวด แสบ คัน และการขอรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีอาการผิดปกติที่ไม่สามารถแก้ไขเองได้ ^{4, 7} (level 7)

2.2 ประเมินชนิดของทวารเทียม รูปร่าง ขนาด ระดับความสูง ตำแหน่ง และการทำหน้าที่ของทวารเทียม ระยะเวลาที่ทำผ่าตัด ลักษณะและปริมาณของ อูจจาระ การเปลี่ยนขนาดและรูปร่างของทวารเทียม⁸ (level 7)

2.3 การทำความสะอาดทวารเทียม โดยใช้สำลีแผ่นชุบน้ำสะอาดบีบหมาด เช็ดทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม^{4, 7, 9} (level 7) ไม่ขัดถู บริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม¹⁰ (level 4) หลีกเลี่ยงการใช้โลชั่น เพราะจะทำให้ ผิวหนังลื่นและส่งผลให้ประสิทธิภาพในการยึดติดของแป้นและถุงรองรับอุจจาระ ลดลง^{4, 7, 9} (level 7)

2.4 ทำให้ผิวหนังรอบทวารเทียมแห้ง โดยการพัดหรือใช้เครื่องเป่าผมชนิด ลมเย็น เป่าบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม การทำให้ผิวหนังรอบๆ ทวารเทียมแห้ง โดยใช้เครื่องเป่าผม (ชนิดลมเย็น) มีหลักการใช้ ดังนี้¹¹ (level 7)

2.4.1 เสียบปลั๊กเครื่องเป่าผมอย่างระมัดระวัง ไม่ควรนำมาใช้ในที่ที่มี การใช้ออกซิเจนหรือสัมผัสกับน้ำ

2.4.2 เปิดเครื่องเป่าผมและตรวจสอบให้แน่ใจว่าตั้งค่าอุณหภูมิเย็น (อุณหภูมิประมาณ 20 องศาเซลเซียส) เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และไม่เกิดผิวหนังไหม้ จากความร้อน ต้องระมัดระวังในรายที่เคยฉายแสงเนื่องจากผิวหนังบริเวณที่เคยฉาย แสงอาจบอบบางและทนต่อความร้อนได้น้อย

2.4.3 ถือเครื่องเป่าผมห่างจากผิวหนังรอบทวารเทียมอย่างน้อย 10 นิ้ว เป่าลมเย็นไปยังพื้นที่บริเวณรอบทวารเทียม โดยเป่าไปมารอบทวารเทียม เป็นเวลา นาน 5 นาที ขณะทำให้ตรวจสอบอุณหภูมิของอากาศกับผิว เพื่อให้แน่ใจว่าอุณหภูมิ เย็นประมาณ 20 องศาเซลเซียส โดยใช้ปรอทแบบอัตโนมัติวัด สามารถทำซ้ำได้ถึง 3 ครั้ง จนกระทั่งผิวหนังรอบทวารเทียมแห้ง

2.4.4 เมื่อเสร็จแล้วถอดปลั๊กเครื่องเป่าผมและทำความสะอาดเครื่อง เป่าผม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

2.4.5 ไม่ควรใช้เครื่องเป่าผมในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา Methicillin resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) เนื่องจากจะทำให้เกิดการแพร่กระจาย เชื้อได้

2.5 วิธีการติดถุงและแป้น

2.5.1 ใช้พลาสติกใสวัดขนาดของทวารเทียมโดยการลอกปลายแล้วตัดออก หลังจากนั้นเอาแบบที่ได้ไปทาบกับแป้นและตัดออกโดยต้องตัดแป้นห่างจากทวารเทียม 2 มิลลิเมตร ควรวัดขนาดของทวารเทียมทุกครั้งโดยเฉพาะในช่วง 6-8 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นช่วงที่ยังมีการเปลี่ยนแปลงของขนาดของทวารเทียม หลังจาก 6-8 สัปดาห์ สามารถนำแบบเก่ามาทาบกับทวารเทียม ถ้าขนาดของแบบมีความเหมาะสมก็สามารถใช้ทาบทัดแป้นได้เลย

2.5.2 ลอกกระดากออกจากแป้นและติดแป้นจากด้านล่างขึ้นด้านบน กดแป้นให้แนบกับผิวหนังรอบทวารเทียม

2.5.3 ปิดกั้นถุงทวารเทียมและติดถุงทวารเทียมเข้ากับแป้นและตรวจสอบการติดของถุงและแป้น

2.6 การดูแลทวารเทียมในแต่ละวัน

2.6.1 เทอูจจาระเมื่อปริมาณอุจจาระ 1/3 ถุง และเช็ดทำความสะอาดปากถุงรองรับอุจจาระทั้งด้านในและด้านนอกด้วยสำลีชุบน้ำบีบหมาดเพื่อลดกลิ่น

2.6.2 เปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระวันละ 2 ครั้งคือตอนเช้าและตอนเย็น/หรือก่อนนอนและเช็ดทำความสะอาดทวารเทียมสำลีชุบน้ำบีบหมาดทุกครั้งทีเปลี่ยนถุงรองรับ

2.6.3 ประเมินสภาพของแป้นเพื่อวางแผนการเปลี่ยนแป้นก่อนเกิดการรั่วไหลของอุจจาระ โดยดูจากสีของแป้นที่เปลี่ยนไป

2.7 ลอกแป้นด้วยวิธีการที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังรอบทวารเทียม จากแรงกล (Skin protection from mechanical trauma) โดยใช้ Two fingers technique คือ ใช้มือหนึ่งดึงแป้นออก นิ้วอีกมือหนึ่งกดประคองผิวหนังไว้ หลีกเลี่ยงการขัดถูบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียมที่รุนแรง ในกรณีผู้สูงอายุเด็ก หรือผู้ป่วยที่มีผิวหนังแห้งบอบบาง แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์ในการปกป้องผิวหนัง เช่น skin barrier film หรือใช้ adhesive removal เพื่อช่วยในการลอกแป้นออกเป็นต้น ¹⁰ (level 4)

2.8 เปลี่ยนแป้นรองรับอุจจาระทุก 4-5 วัน หรือ เปลี่ยนเมื่อแป้นรั่ว หากมีอาการไม่สุขสบายควรเปลี่ยนแป้นทันที เช่น คันใต้แป้นมาก ปวดบริเวณผิวหนัง รอบๆ ทวารเทียม¹² (level 5)

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผล

3.1 ประเมินผิวหนังรอบทวารเทียม โดยใช้ The SACS Instrument ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินผิวหนังรอบทวารเทียมที่มีมาตรฐานสากล ซึ่งใช้ในการสื่อสารความผิดปกติของผิวหนังรอบทวารเทียม ระหว่างแพทย์และพยาบาล⁶ (level 4)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

The SACS Instrument ประเมินการระคายเคืองเป็น 2 ขั้นตอนคือ

1. ประเมินระดับความรุนแรงของการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารเทียม ถูกทำลายซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับได้แก่

- ระดับที่ 1 (Hyperemic lesion) : มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว มีรอยแดงขึ้น แต่ผิวหนังยังปกติ = 1 คะแนน

- ระดับที่ 2 (Erosive lesion) : เป็นแผลตื้น ผิวหนังถูกทำลายถึงชั้น Epidermis ไม่ถึงชั้น subcutaneous tissue = 2 คะแนน

- ระดับที่ 3 (Ulcerative lesion) : เป็นแผล ผิวหนังถูกทำลายถึงชั้น Epidermis dermis และ subcutaneous tissue = 3 คะแนน

- ระดับที่ 4 (Proliferative lesion) เป็นแผล ผิวหนังถูกทำลายถึงชั้น Epidermis dermis และ Subcutaneous tissue ร่วมกับมีเนื้อตาย = 4 คะแนน

- ระดับที่ 5 มีการสร้างเนื้อเยื่อมากกว่าปกติ = 5 คะแนน

2. ประเมินตำแหน่งของแผลรอบทวารเทียม (T) โดยกำหนดตำแหน่งตามเข็มนาฬิกา แบ่งเป็น 5 ส่วน

TI ซ้ายบน	บริเวณตำแหน่ง 12-3 นาฬิกา
TIV ขวบน	บริเวณตำแหน่ง 9-12 นาฬิกา
TII ซ้ายล่าง	บริเวณตำแหน่ง 3-6 นาฬิกา
TV บริเวณรอบๆ	ทวารเทียมทั้งหมด
TIII ขวาล่าง	บริเวณตำแหน่ง 6-9 นาฬิกา

3.2 การติดตามการดูแลทวารเทียมทางโทรศัพท์หลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยออสโตมี ดังนี้¹³ (level 1)

3.2.1 ระยะเวลาและความถี่ในการโทรศัพท์ติดตาม ควรโทรศัพท์ติดตามครั้งแรก ในช่วง 3-7 วันหลังกลับบ้าน ครั้งที่ 2 ช่วง 14-20 วันหลังกลับบ้าน และ โทรเพิ่มเติมได้ ช่วง 23-27 วันหลังกลับบ้าน ซึ่งความถี่ในการโทรศัพท์ที่ให้ผลดีที่สุด คือ 2-4 ครั้งในช่วงเดือนแรกหลังกลับบ้าน โดยใช้เวลา 15-30 นาทีต่อครั้ง ต่อคน จนครบ 1 เดือนและติดตามต่อเนื่องตามความเหมาะสม

3.2.2 เนื้อหาที่ใช้ในการโทรศัพท์ติดตาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

3.2.2.1 การประเมิน (Assessment) ได้แก่ ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยเช่นปวดท้อง มีไข้ ภาวะแทรกซ้อนจากทวารเทียม เช่นมีเลือดออกจากทวารเทียม สีของทวารเทียมเปลี่ยนเช่นจากเดิมเป็นสีแดงกลายเป็นสีซีด คล้ำและดำซึ่งเป็นภาวะที่ลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง

3.2.2.2 Management option ได้แก่

- ทักษะการดูแลตนเองให้สำเร็จ (self-care skill accomplishment) ตัวอย่างเช่น การเสริมทักษะการดูแล stoma ด้วยตนเอง ด้วยการมีคู่มือการดูแล Ostomy ด้วยตนเอง

- ประสบการณ์การดูแลของผู้ป่วยทวารเทียม (Vicarious experience) เช่น การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล Ostomy การเรียนรู้การดูแลจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสบการณ์หรือชมรม Ostomy

- การโน้มน้าวหรือชักชวน (Verbal persuasion)
เช่น การรับฟังกันและกันในกลุ่มผู้ป่วย ด้านการทำกิจกรรม การควบคุมดูแลการดำเนินชีวิต

- การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional arousal)
ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ เช่น อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า โดยให้ความช่วยเหลือแนะนำในการจัดการอารมณ์และการปรับตัวของผู้ป่วย

3.2.2.3 การประเมินผล (Evaluation) ภาวะแทรกซ้อนจาก
ทวารเทียม

3.2.3 สิ่งที่ต้องคำนึงในการโทรศัพท์ติดตาม ได้แก่

3.2.3.1 ระยะเวลาหรือช่วงเวลา ความถี่ในการโทรศัพท์ติดตาม
โดยพิจารณาจากระยะการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆและภาระงานหรือช่วงเวลา
ที่ผู้ป่วยสะดวก ควรพิจารณาเป็นรายบุคคล ควรมีการสอบถามกิจวัตรประจำวัน
ผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย

3.2.3.2 การดูแลด้านจิตใจ คำนึงถึง ระยะเวลาการโทร เนื้อหา
การสนทนา ความแตกต่างระหว่างบุคคล พื้นฐานของบุคคล สภาพจิตใจ การศึกษา
วัฒนธรรม และการพัฒนาทักษะผู้ป่วย โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง
ผู้ป่วยและผู้ดูแล

3.3 เมื่อผู้ป่วยมา Follow up ที่ ostomy and wound care clinic พยาบาล
ประเมินทวารเทียมตามแบบประเมิน Stoma assessment ของคลินิก และประเมิน
Pain score

3.4 กรณีพบอาการหรืออาการแสดงของภาวะการระคายเคืองของผิวหนัง
(Peristomal skin irritation) ให้เปิดแผล เพื่อประเมินและเปลี่ยนแป้นใหม่ (change
pouching) และดูแลตามแนวการปฏิบัติตามขั้นตอนที่ 2

3.5 ลงบันทึกทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน เพื่อเป็นข้อมูลในการสื่อสาร
ระหว่างภายในทีมพยาบาล และแพทย์

ผลการทดลองใช้

แนวปฏิบัตินี้ได้นำมาพัฒนาเป็นงานวิจัยจากการปฏิบัติการพยาบาล (Routine to Research, R2R) อยู่ระหว่างการดำเนินงานเก็บข้อมูล

ผู้พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก

1. นางสาวบังอร น้อยอ่ำ พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7
หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 24 โซนปี Ostomy and Wound Care Clinic
2. นางสาวมะยุรา จันทรมโรภาส หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 28 โซนปี
3. นางสาวเพ็ญจันทร์ แจ่มใส หัวหน้าหอผู้ป่วย ภาปร.13
4. นางสาวสุนนา ศรีนุกูล พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 หอผู้ป่วยภาปร. 3
5. นางสาวเกศินี อีรทองดี พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6
หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 15 โซนซี (จنگลณี วัฒนวงศ์ ชั้น 3)

ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์ น.พ.ประพนธ์ กาญจนศิลป์
อาจารย์แพทย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ ด้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ.ชัชนาฏ ญ นคร
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. นางสาวจันทิพย์ ตีระทะ หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 15 โซนซี
พยาบาลเฉพาะทางออสโตมี แพล และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ที่ปรึกษาโครงการ

นางสาวธัญญ์รัฐ รัตยง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
หอผู้ป่วยอายุรกรรมเฉพาะโรค ภาปร 3

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล . Hospital based cancer registry annual report 2012. National Cancer Institute. [Internet] 2555 [cited 2016 Aug 12]; 28. Available from: http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital-Based%20NCI%202012%20Total.pdf
2. Haynes JS. The importance of peristomal skin care in the community setting. **Journal Clinical Nurse** 2013; 27(4): 73-7.
3. Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties experienced by the ostomates after hospital discharge. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing** 2007; 34(1): 70-9.
4. Hooper J. Peristomal skin complications. [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://www.shieldhealthcare.com/community/wp-content/uploads/2015/12/Webinar-Outline-Peristomal-Complications.pdf>
5. Recalla S, English K, Nazarali R, Mayo S, Miller D, Gray M. Ostomy care and management: a systematic review. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing** 2013; 40(5): 489-500.
6. Beitz J, Gerlach M, Ginsburg P, Ho M, McCann E, Schafer V, et al. Content validation of a standardized algorithm for ostomy care. **Ostomy Wound Manage** 2010; 56(10): 22-38.
7. Stelton S, Zulkowski K, Ayello EA. Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 world council of enterostomal therapists international ostomy guideline. **Adv Skin Wound Care** 2015; 28(6): 275-84.
8. Gray M, Colwell JC, Doughty D, Goldberg M, Hoeflok J, Manson A, et al. Peristomal moisture-associated skin damage in adults with fecal ostomies: comprehensive review and consensus. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing** 2013; 40(4): 389-99.
9. Burch J. Management of peristomal skin complications. **British Journal of Healthcare Management** 2014; 20(6): 264-69.
10. Beitz JM, Colwell JC. Stomal and peristomal complications: prioritizing management approaches in adults. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing** 2014; 41(5): 445-54.
11. Jordan R, Christian M. Understanding peristomal skin complications. **Wound Care Advisor** [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 8]; 2(3): 36-41. Available from: http://woundcareadvisor.com/wp-content/uploads/2013/05/Understanding_M-J13.pdf

12. Charousaei F, Dabirian A, Mojab F. Using chamomile solution or a 1% topical hydrocortisone ointment in the management of peristomal skin lesions in colostomy patients: Results of a controlled clinical study. **Ostomy Wound Manage** 2011; 57(5): 28–36.
13. Zhang JE, Yuet Wong FK, You LM, Zheng MC, Li Q, Zhang BV, et al. Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. **Cancer Nursing** 2013; 36(6): 419-28.

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยา ของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย

Management delirium in the hospitalized elderly using
a non-pharmacological

สภากาชาดไทย



นภาพร คุ่มใจดี, RN, พย.ม.

มะยุรา จันทรมโรภาส, RN, พย.ม.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในภาวะปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2561 ประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีจำนวนถึง 5 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด¹ ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะหนึ่งซึ่งพบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ โดยพบผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 6 – 56 พบในแผนกอายุรกรรม ร้อยละ 40 ภาวะสับสนเฉียบพลันพบมากขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะอายุ 65 ปี ขึ้นไปและถ้าได้รับการผ่าตัด หรือ ป่วยอาการหนัก อุบัติการณ์จะยิ่งสูงขึ้น² จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย คาดการณ์ว่าอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น นับเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของการคิดรู้ เช่น การสูญเสียความจำ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล โดยมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การเกิดแผลกดทับ (pressure injury) ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 - 56 และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น³

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นอาการสำคัญในผู้สูงอายุที่สามารถป้องกัน และรักษาได้ ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การปัจจัยสาเหตุอย่างทันท่วงที จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้น การจัดการที่ดีที่สุด คือ การประเมินและป้องกันปัจจัยเสี่ยง ซึ่งได้แก่ เชาวนปัญญาบกพร่อง ภาวะขาดน้ำ ภาวะพร่องออกซิเจน การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ภาวะติดเชื้อ การใช้ยาบางชนิด ภาวะบกพร่องการมองเห็น การได้ยิน และการสูญเสียการนอนหลับ การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ดูแล การป้องกันปัจจัยเสี่ยง จะช่วยลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันใน

ผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยโดยไม่ใช้ยา โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และสามารถนำไปใช้อ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาลได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
2. เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุ

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป อยู่ในหอผู้ป่วย ทั้งเพศชายและเพศหญิง อยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือศัลยกรรม ไม่รวมผู้ป่วยในหน่วยวิกฤต

นิยามศัพท์

ภาวะสับสนเฉียบพลัน หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จดจ่อกับสิ่งแวดล้อมไม่ได้ นาน หันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นได้ง่าย มีการเปลี่ยนแปลงของการคิดรู้ เช่น การสูญเสียความจำ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆ เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และมีแนวโน้มจะเกิดอาการแบบขึ้นๆ ลงๆ ในช่วงแต่ละวัน มีข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากประวัติการตรวจร่างกาย หรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบความผิดปกติเนื่องมาจากโรคทางกาย

คำศัพท์ที่สำคัญ (Key Word)	ฐานข้อมูล/แหล่งสืบค้น	เรื่องที่ค้นพบ	เรื่องที่น่า นำมาใช้	เรื่องที่น่ามา สังเคราะห์
Population - Hospitalized older adult - Elderly patient - Geriatric patient - Non critical unit Intervention - Delirium management - Delirium assessment - Delirium prevention Comparison - Outcome - Incidence of delirium - Severity of delirium - Length of delirium - Cognitive function	Cochrane	30	5	0
	Proquest	457	18	0
	Science Direct	2,931	12	2
	Springer Link	1,248	8	2
	Pubmed	1,437	22	4
	OVID	417	24	2
	รวม	6,520	89	12

แผนภาพที่ 6. แสดงการกำหนดแหล่งสืบค้นและผลการสืบค้น

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้แก่บุคลากร

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการปัจจัยเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินภายหลังได้รับการจัดการ

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้แก่บุคลากร

การพัฒนาทีมบุคลากรทางสุขภาพ โดยให้ความรู้และแนวทางการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน⁴ (Level 5) จัดกลุ่มให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพ เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (ความหมาย ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการ สาเหตุ การวินิจฉัยที่แตกต่างและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น) การป้องกันและการจัดการกับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (การประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม การรักษาโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา) กลยุทธ์การป้องกันเน้นถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การจัดทำโปสเตอร์ติดในที่เห็นชัดเจน แสดงถึงปัจจัยเสี่ยง การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ⁵ (Level 4) การทำแบบทดสอบความรู้ ประเมินความต่อเนื่องของการปฏิบัติ⁶ (Level 3) ให้ความรู้แก่พยาบาลหัวหน้าเวรโดยให้ความสำคัญกับการประเมินการรับรู้บุคคล สถานที่ เวลาของผู้ป่วย การสื่อสาร การเคลื่อนไหว ประสิทธิภาพการนอนหลับ การจัดการด้านยา การวางแผนการจำหน่าย⁷ (Level 4)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ทำแบบประเมิน CAM ภายใน 24 ชั่วโมง⁵ (Level 4)

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการปัจจัยเสี่ยง

3.1 ให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับลักษณะทางคลินิก การพยากรณ์อาการภาวะสับสนเฉียบพลัน⁸ (Level 2)

3.2 ประเมินค้นหาความเสี่ยงและจัดการ⁴ (Level 5)

3.3 การจัดการปัญหาด้านการคิดรับรู้บกพร่อง โดยจัดสถานที่ให้มีแสงสว่างเพียงพอ วางนาฬิกาและปฏิทิน ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน ขณะตรวจเยี่ยม พยาบาลทบทวนการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ หลีกเลี่ยงคำถามที่ทำให้ผู้ป่วยสับสน เสริมกิจกรรมการพัฒนาคิดรู้โดยใช้เกมส์ การอ่านหนังสือพิมพ์ พูดคุยอภิปรายเหตุการณ์ในปัจจุบัน

3.4 การจัดการปัญหาขาดน้ำ หรือ ท้องผูก โดยการประเมินภาวะขาดน้ำ ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

3.5 การจัดการปัญหาภาวะพร่องออกซิเจน โดยการประเมินปัญหาการได้รับออกซิเจน ประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไข

3.6 การจัดการปัญหาการเคลื่อนไหวบกพร่อง โดยประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวตามความเหมาะสมกับความสามารถของร่างกาย

3.7 การจัดการภาวะติดเชื้อ โดยการประเมิน ป้องกันการติดเชื้อ หลีกเลี่ยงคาสายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็น

3.8 หลีกเลี่ยงยาที่ส่งเสริมการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ ยาระงับประสาท (sedative) ยานอนหลับ (hypnotic) ยาแก้ปวดชนิดเสพติด (narcotic analgesia) ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ (NSAIDS) ยาชัก (anticonvulsant) ยาสเตียรอยด์ (steroid)

3.9 การจัดการความปวด โดยการประเมิน และ ประสานกับแพทย์ในการหาวิธีการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา และ ไม่ใช้ยา ติดตาม ประเมินผล

3.10 การจัดการภาวะทุโภชนาการ โดยการประเมินภาวะโภชนาการ ดูแลประสานงานร่วมกับแพทย์ และ นักโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3.11 การจัดการปัญหาการรับรู้สื่อกบกพร่อง โดยจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการมองเห็น แว่นสายตา อุปกรณ์ช่วยในการได้ยิน เครื่องช่วยฟัง และให้ครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และ ถ่ายทอดสู่ผู้ป่วย

3.12 การจัดการปัญหาการผันแปรด้านการนอนหลับ โดยหลีกเลี่ยงการให้การพยาบาลขณะผู้ป่วยนอนหลับ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

3.13 จัดเวลาให้ครอบครัวมีโอกาสในการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ชั่วโมง/วัน^{6,8} (Level 3)

3.14 ทบทวนการรับรู้วัน เวลา สถานที่ หลีกเลี่ยงคำถามที่ทำให้ผู้ป่วยสับสน⁴ (Level 5)



ภาพที่ 11-12 : แสดงการจัดสภาพแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินภายหลังได้รับการจัดการ

ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงและเมื่อกลับบ้านโดย
แบบประเมิน CAM⁷ (Level 4)

แบบประเมินภาวะสับสนแม้อัลกอริธึม ฉบับภาษาไทย

ชื่อ-สกุล _____ เลขที่โรงพยาบาล _____ อายุ _____ ปี

วันที่ประเมิน _____ เวลา _____ ผู้ประเมิน _____

คำถาม CAM-T ให้ผู้ประเมินอาการผู้ป่วยกรอก

ข้อ	อาการ	ทำเครื่องหมาย ✓ ถ้ามี
1	[เริ่มต้นมีอาการอย่างเฉียบพลัน] มีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตของผู้ป่วยไปจากสภาพเดิมอย่างเฉียบพลันหรือไม่ ☐ ไม่ใช่	☐
2A	[เสียสมาธิ] ตอนนี้ผู้ป่วยมีปัญหาในการตั้งสมาธิไหม ยกตัวอย่างเช่น วอกแวกง่าย หรือ มีปัญหาในการติดตามคำพูดต่าง ๆ ☐ ไม่ใช่	☐
2B	[หากปรากฏหรือมีปกติ] พฤติกรรมเรื้อรัง ๆ ลง ๆ ตอนสัมภาษณ์ คือ มีแนวโน้มที่จะเป็นๆ หายๆ หรือ เบี่ยงเบนมากเทียบเป็นน้อยไหม? ☐ ไม่ใช่	☐
3	[ความคิดกระจัดกระจาย] ตอนนี้ผู้ป่วยมีความคิดกระจัดกระจายหรือไม่ต่อเนื่อง เช่น มีการพูดเรื่อยเปื่อย หรือ การสนทนาที่ไม่เชื่อมโยง ความคิดที่ไม่ชัดเจน หรือไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือมีการเปลี่ยนหัวข้อไปมาโดยไม่รู้ล่วงหน้าไหม ☐ ไม่ใช่	☐
4	[ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไป] โดยรวมแล้ว คุณให้ระดับของความรู้สึกตัวของผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างไร (ให้ระบุ) ☐ ดีปกติ ☐ ไม่แน่ใจ	☐ จะตรวจวัด (ที่นิ้วตัว เก็บไป ไว้ต่อการกระตุ้น โดยสิ่งแวดล้อมมาก สะตึง่ายมาก) ☐ ซึม (จ้อง ลูกปลูกให้ตึง่าย) ☐ สลบ (ปลุกให้ตื่นยาก) ☐ โคม่า (ปลุกไม่ตื่น)

การวินิจฉัยภาวะสับสนโดย CAM-T ต้องมีคุณลักษณะตามข้อ 1, 2 และ ข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 3 หรือ 4

วินิจฉัย ☐ มี delirium ☐ ไม่มี delirium

Wongpakaran N, Wongpakaran T, Boonlaksana P, Phyoopornpanish M, Maneeet B, Lertpakamnon P, et al. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: Utilization of the CAM algorithm. BMC Fam Pract. 2011;12(135). CAM instrument and Algorithm cited as Inouye, S, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. Annals of Internal Medicine. 1990;113(12): 941-948. Translated with permission by Wongpakaran N. (2008)

แผนภาพที่ 7. แบบประเมินภาวะสับสน CAM ฉบับภาษาไทย
(คณะผู้จัดทำได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ CAM agolithm ฉบับภาษาไทย
จาก ศ.พญ. ณหทัย วงศ์ปการันย์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากรายงานการวิจัยเรื่อง
Diagnosing delirium in elderly Thai patients: Utilization of the CAM agolithm,
bmc Family Practice; 12: 65, 2011.)



ผลการทดลองใช้ CNPG

ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 10 คน ในช่วงวันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2560 ในผู้ป่วยจำนวน 20 คน

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 29 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 90 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรมเฉลี่ย 7 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และภายในระยะเวลา 2 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน โดยใช้แนวปฏิบัติเฉลี่ยคนละ 1-3 ครั้ง

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย
อายุ	29 ปี
การศึกษา	ปริญญาตรี ร้อยละ 90
ประสบการณ์	7 ปี
จำนวนการใช้แนวปฏิบัติ	1-3 ครั้ง/ คน

2. ความคิดเห็นต่อความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานมีประสิทธิผลของการใช้ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงานอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความง่ายและความสะดวกในการใช้หรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะอยู่ในระดับปานกลาง มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะ และสามารถประหยัด ลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล รวมทั้งการปรับปรุง แบบของแบบประเมินให้สะดวกต่อการใช้และการจัดเก็บ

ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. นางสาวนภาพร คุ่มใจดี | พยาบาลวิชาชีพระดับ 7
หอผู้ป่วย Surgical Oncology Day care unit
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 2. นางสาวมะยุรา จันทรมโรภาส | หัวหน้าหอผู้ป่วย Day Hospital
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |

ผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงจิตติพร ศุภสิทธิ์ธำรง | ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผศ.ดร. บุหงา ตโนภาส | ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 3. นางสุธาดา กัณหา | หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต MICU 2
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |

ที่ปรึกษาโครงการ

- | | |
|--|---|
| 1. นางสุธาดา กัณหา | หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต MICU 2
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 2. คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice in Nursing) ในคณะกรรมการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประจำปี 2557 - 2558 | |

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารทะเบียน กรมการปกครอง. จำนวนประชากร แยกอายุเพศ 2561; 2561 ที่มา: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php
2. Praditsuwan R, Limmathuroskul D, Assanasen J, Pakdeewongse S, Eiamjinnasuwat W, Sirisuwat A, et al. Prevalence and Incidence of Delirium in Thai Older Patients: A Study at General Medical Wards in Siriraj Hospital. **Journal of Medical Association Thailand** 2012; 95(2): S245-S250.
3. Zaubler TS, Murphy K, Rizzuto L, Santos R, Skotzko C, Giordano J, et al. Quality improvement and cost savings with multicomponent delirium interventions: replication of the Hospital Elder Life Program in a community hospital. **Psychosomatics** 2013; 54(3): 219-26.
4. Khan BA, Zawahiri M, Campbell NL, Fox GC, Weinstein EJ, Nazir A. et al. Delirium in hospitalized patients: Implications of current evidence on clinical practice and future avenues for research – A Systematic Evidence Review. **Journal of Hospital Medicine** 2012; 7(7): 580-9.
5. Chong MS, Tan KT, Tay L, Wong YM, Ancoli-Israel, S. Quality Improvement and Cost Savings with Multicomponent Delirium Interventions: Replication of the Hospital Elder Life Program in a Community Hospital. **Psychosomatics** 2013; 54(3): 219-26.
6. Martinez FT, Tobar C, Beddings CI, Vallejo G, Fuentes P. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. **Age and Ageing** 2012; 41(5): 629-34.
7. Wanda AP, Hayley WT, Ting SV, Baker J, Hunt GE. A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. **International Journal of Nursing Studies** 2014; 51(7): 974-82.
8. Mudge MA, Maussen C, Duncan J, Denaro P. Improving quality of delirium care in a general medical service with established interdisciplinary care: a controlled trial. **International Medicine Journal** 2012; 43(3): 270-7.

เอกสารอ่านประกอบ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง, 2550.

Cole MG. Delirium in elderly patients. **American Geriatric Psychiatric Journal** 2005; 12(1):7-21.

Dicenso A, Guyatt G, & Ciliska D. Evidence-Based Nursing. St.Louis: Mosby, 2005.

Fick DM, Agostini JV, & Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. **Journal of the American Geriatric Society** 2002; 50(10): 1723-32.

Inouye SK. The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. **The American Journal of medicine** 1994; 97(3): 278-88.

Jitapankul S, & Hanvivadhanakul P. Outcomes and predicting factors of mortality among newly admitted female medical inpatients. **Journal of the Medicine Association of Thailand** 1998; 81(7): 491-6.

Lipowski ZJ. Delirium: Acute confusional states. New York: Oxford Press; 1990.

Melnix BM, & Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2011.

Touhy TA, & Jett KF. Toward healthy aging (6 th ed.). St.Louis: Mosby; 2004. Tropea, J.,

Slee JA, Brand CA, Gray L, & Snell T. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. **Australas Journal on ageing** 2008; 27(3):150-6.

van Zyl LT, & Seitz DP. Delirium concisely: condition is associated with increased morbidity, mortality, and length of hospitalization. **Geriatrics** 2006; 61(3):18-21.

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE IN CANCER PAIN MANAGEMENT



นางสาวกิ่งทิพย์ แต้มทอง RN., พย.บ., มน.ม.

นางนุชจรี พลอยสีอุไร RN., พย.ม.

นางสาวสุนนา ศรีนุกูล RN., พย.ม.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอัตราการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มสูงมากขึ้น เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับแรกของประเทศไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เฉลี่ย 92.17 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2551-2555¹ ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด ไม่สุขสบายจากการรักษา อาการข้างเคียงของการรักษา ทั้งจากยาที่ได้รับและหัตถการต่างๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังมีการปวดจาก พยาธิสภาพของโรคมะเร็ง หรือที่เรียกว่า Cancer pain ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งพบได้บ่อยและเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ร้อยละ 65-85 เป็นผลโดยตรงจากก้อนมะเร็ง ร้อยละ 15-25 เกิดจากการรักษา เช่น การให้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือการฉายรังสี และอาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับมะเร็ง เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ² ซึ่งความปวดเป็นความรู้สึกที่มีอิทธิพลอย่างมากในการทำลายความสุข รวมทั้งรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังจากสถิติการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด Cancer pain management ของหอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 5-6-7 ในเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรบกวนของความปวดต่อการทำกิจกรรมนอกเตียงที่ระดับ ≤ 3 คิดเป็น ร้อยละ 28 และผู้ป่วยที่มีระดับความรบกวนของความปวดต่อการนอนหลับอย่างต่อเนื่องที่ระดับ ≤ 3 คิดเป็น ร้อยละ 44 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (กำหนดเกณฑ์ที่ระดับความรบกวนต่อความปวด ≤ 3 ควรได้มากกว่า ร้อยละ 80)³ ดังนั้น การจัดการความปวดที่ดี ได้แก่การประเมินความปวดที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดูแลให้ได้รับวิธีระงับความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการปวด ลดความทุกข์ทรมานจากความปวด และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) คือ ควบคุมอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย โดยไม่ทำให้การทำงานของร่างกายลดลง ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจกรรมพื้นฐานได้ด้วยตนเอง รวมทั้งดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว² ซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอย่างกว้างขวาง ทั้งโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่ใช้ได้ผลในการลดความปวดมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การจัดทำ การประคบประคบดำน จิตใจ การใช้สมาธิ สวดมนต์ การนวดบรรเทาปวด การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้สื่ออารมณ์ขัน ดนตรีบำบัด จินตนาการ และนอกจากนี้การให้ความรู้ผู้ป่วยในการจัดการความปวด โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองก็สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดได้ สำหรับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดนอกเหนือจากการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาแล้ว การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ถือเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้อย่างเต็มศักยภาพ และยังสามารถใช้ร่วมกับวิธีการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดที่มีอยู่ ส่งผลต่อการรับรู้ความปวดและลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดลงได้โดยอ้อม⁴ อันนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และจากการปฏิบัติงานพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสมทั้งแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้นั้น จะสามารถทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและมีการจัดการความปวดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมและคำแนะนำ แต่ทั้งนี้ทางหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นการทบทวนและการศึกษางานวิจัยหรืองานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นเพื่อเป็นการประกันคุณภาพทางการพยาบาลที่จะให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทางกลุ่มจึงได้ศึกษาค้นคว้า และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice) ที่ชัดเจน เหมาะสม มีประสิทธิภาพเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด มีระดับของอาการปวดลดลง

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของสาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. สามารถพูดคุยหรือติดต่อสื่อสารได้
3. ได้รับการประเมินความปวดจากแบบประเมินความปวดแบบผู้ป่วยใน ของสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่มีพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและมีอาการปวดจากโรคมะเร็ง (Chronic cancer pain) ซึ่งอาการปวดดังกล่าวมีผลรบกวนต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน หรือท้อแท้ สิ้นหวัง

Breakthrough cancer pain หมายถึง อาการปวดจากโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Acute pain)

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

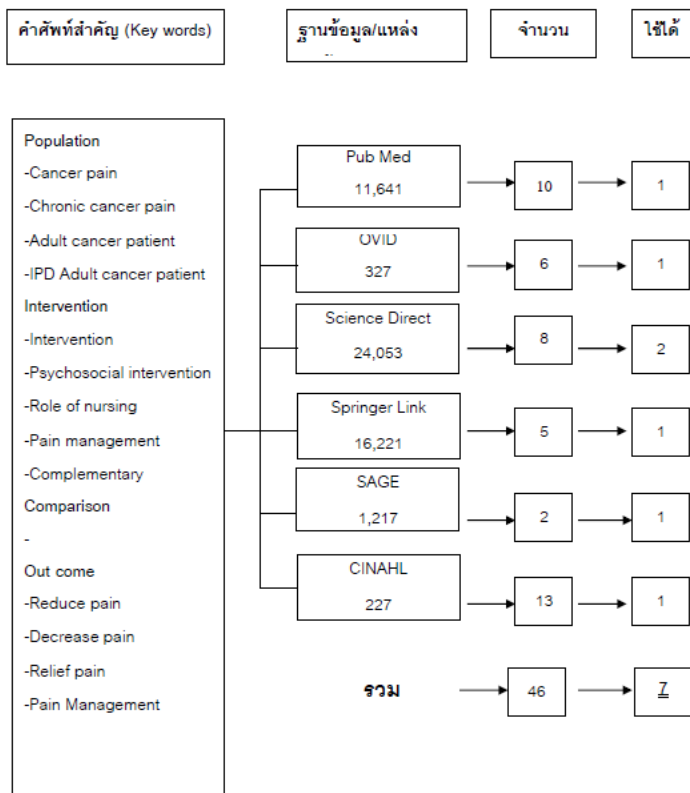
กำหนดกรอบและวัตถุประสงค์ของการสืบค้นแนวคิด PICO

การสืบค้นงานวิจัยใช้การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐาน โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICOT Framework ระบุคำสำคัญตามรายละเอียดดังนี้

P (Population)	= Cancer pain/ Chronic cancer pain/ Adult cancer pain/ IPD Adult cancer patient
I (Intervention)	= Intervention/ Psychosocial intervention/ Role of nursing/ Pain management/ Complementary
C (Comparison)	= -
O (Outcome)	= Reduce pain/ Decrease pain/ Relief pain/ Pain Management

กำหนดแหล่งสืบค้น และผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

เลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีฉบับเต็มและตีพิมพ์ในฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ และได้รับการยอมรับระหว่างปี ค.ศ. 2010 - 2014 ได้แก่ PubMed, OVID, Science direct, Springer Link, SAGE, CINAHL



แผนภาพที่ 9. แสดงการกำหนดแหล่งสืบค้นและผลการสืบค้น

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมให้การพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลในการจัดการความปวด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินหลังการดูแลเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมให้การพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

1. ประเมินความปวดของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ^{6,9} (Level 2,3) จากการซักประวัติความปวดจากผู้ป่วยและครอบครัว ลงบันทึกแบบประเมินความปวดตามรายละเอียดดังนี้

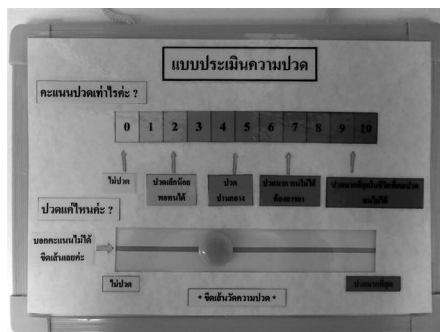
- 1.1 ตำแหน่งที่ปวด
- 1.2 ลักษณะของอาการปวด
- 1.3 ความรุนแรงของอาการปวด
- 1.4 ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น
- 1.5 ปัจจัยที่ทำให้ปวดลดลง
- 1.6 อาการไม่สุขสบายต่างๆ
- 1.7 วิธีการบรรเทาความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย
- 1.8 ประวัติการใช้ยาแก้ปวด

2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁸ (Level 6) ตามคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเอง^{6,12}(Level 2,5) โดยมีการให้ความรู้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งในคู่มือมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความหมายของความปวดและความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของตัวโรคเอง

2.2 การประเมินความปวดและการบันทึกคะแนนความปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง⁷ (Level 3) โดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS)^{6,12} (Level 2,5) และ/ หรือ Visual Analogue Scale (VAS) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รายงานอาการปวดจากความรู้สึกของตัวเองโดยแบ่งระดับความปวดที่ได้รับจากการประเมินความปวดเป็น 4 ระดับ เพื่อวางแผนการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ป่วยต้องทราบถึงความหมายของตัวเลข 0-10 ดังนี้

- 0 = ไม่ปวดเลย (No Pain)
- 1-3 = ปวดเล็กน้อย (Mild Pain)
- 4-6 = ปวดปานกลาง (Moderate Pain)
- 7-10 = ปวดมากที่สุด (Severe Pain)



ภาพที่ 13 : แสดงแบบประเมินความปวด

2.3 การจัดการความปวดแบบใช้ยา และการจัดการผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด^{8, 9, 10} (Level 6,3,1)

2.4 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาแก้ปวด^{6, 8, 10, 11} (Level 2,6,1,6)
การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินความปวด
วิธีการบรรเทาอาการปวดที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (Education program)^{8,10}
(Level 6,1) เพื่อสามารถบรรเทาความปวดด้วยตนเอง

2.5 การจัดการความปวดและประเมินซ้ำเมื่อมี Breakthrough pain¹¹
(Level 6)

2.6 การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง^{8, 10} (Level 6, 1) และการ
จดบันทึก¹² (Level 5)

3. พยาบาลวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการตั้งเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความปวดที่สามารถยอมรับได้ pain score ≤ 3 ⁷ (Level 3)

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลในการจัดการความปวด

1. พยาบาลให้ความรู้ในการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁷ (Level 3) เป็นรายบุคคล^{10,12} (Level 1, 5) เพื่อให้เห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด การติดตามความปวดอย่างต่อเนื่อง⁷(Level 3) ตามคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเอง^{6,12} (Level 2,5) โดยเนื้อหาการให้ความรู้มีดังนี้

1.1 การประเมินระดับคะแนนความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยโดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) เป็นหลัก^{6,12} (Level 2,5) และ/ หรือ Visual Analogue Scale (VAS) โดยประเมินความปวดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งเมื่อมี breakthrough pain

1.2 การจัดการความปวดด้วยการให้ความรู้ ในเรื่องการประเมินความปวด และการบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา (Education program)^{8,10} (Level 6,1)

1.3 การจัดการความปวดแบบใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด^{8,9,10} (Level 6,3,1)

1.4 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาแก้ปวด^{8,9,10} (Level 6,3,1)

1.5 การแนะนำผู้ป่วยในการขอยาแก้ปวดทันทีเมื่อมี Breakthrough pain และประเมินซ้ำเมื่อมี Breakthrough pain^{8,11}(Level 6,6)

1.6 การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง^{8,10} (Level 6,1) และการจดบันทึก¹²(Level 5)

2. การจัดการความปวดของผู้ป่วยตามคะแนนความปวด ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดตามขั้นตอนของ World Health Organization : WHO pain relief ladder

2.1 Ladder step 1 : Mild pain (คะแนนความปวด 1 – 3)
Non – urgent เน้นการให้การ สนับสนุน การสอนและการติดตามอาการเป็นระยะ โดยมีขั้นตอนในการดูแล ดังนี้

2.1.1 การประเมินและให้การพยาบาล โดยประสานงานกับแพทย์ ในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

2.1.2 การจัดการความปวดแบบใช้ยา^{8,10}(Level 6,1) ในผู้ป่วย ที่มีอาการปวดระดับ Mild pain แพทย์ควรใช้ยาแก้ปวด Acetaminophen ในขนาดตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย หรือ Non – Steroidal Anti – Inflammatory Drug : NSAID อย่างเหมาะสม โดยต้องบอกผลข้างเคียงจากการ ใช้ยาแก้ปวดให้ผู้ป่วยทราบ^{8,10} (Level 6,1)

2.1.3 การจัดการความปวดด้วยการให้ความรู้ กับผู้ป่วยและ ครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินความปวด วิธีการบรรเทาอาการปวดที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (Education program)^{8,10} (Level 6,1) เพื่อบรรเทา ความปวดด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความเหมาะสม เช่น การ ออกกำลังกายเบาๆที่ผู้ป่วยชอบ เช่น เดิน วิ่งเบาๆ ยืดเหยียด การประคบอุ่นหรือ ประคบเย็น นั้งสมาธิ โยคะ ฟังเพลง การใช้เทคนิคผ่อนคลาย ตามความเหมาะสม ของผู้ป่วยแต่ละราย

2.1.4 เมื่อพบว่า มี Breakthrough pain หรือเริ่มมีระดับความ ปวดแบบทันที และ/หรือ เสียบบั่น และ/หรือเพิ่มขึ้นต้องรีบแจ้งแพทย์ทันที

2.1.5 การประเมินความปวดด้วยตนเองซ้ำภายหลังการรับ ประทาน ยาบรรเทาปวด¹¹ (Level 6) 30 นาที^{8,10} (Level 6,1) และมีการจดบันทึก¹² (Level 5)

2.1.6 กรณีความปวดเพิ่มขึ้นพยาบาลต้องแจ้งแพทย์เพื่อปรับยา และส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อมาช่วยดูแลบรรเทาความปวดต่อไป

2.2 Ladder step 2: mild to moderate pain (คะแนนความปวด 4 – 6) Urgent : การให้ความสำคัญในการติดตามการให้ยาแก้ปวดภายใน 24 ชั่วโมง

2.2.1 การจัดการความปวดแบบใช้ยา และผลข้างเคียงจากการให้ยาแก้ปวด^{8,10} (Level 6,1) โดยในผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับ mild to moderate pain แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาล เพื่อประสานงานกับแพทย์ ในการปรับยากลุ่ม Weak Opioid ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น Tramadol , Acetaminophen with codeine ซึ่งอาจจะให้ร่วมกับ adjuvant medications หรือไม่ได้ ซึ่งการให้ adjuvant medications ที่ใช้ในการลดอาการปวด ได้แก่

- Anticonvulsants (เช่น gabapentin) สำหรับ neuropathic pain
- Antidepressant เช่น nortriptyline
- Local anesthesia
- การใช้ bisphosphonates (เช่น pamidronate, zoledronic acid) สำหรับ bone pain

2.2.2 ถ้ายากลุ่ม Weak Opioid สำหรับ mild to moderate pain ใช้ไม่ได้ผล ไม่ควรเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นในกลุ่มเดียวกัน แต่ควรเปลี่ยนมาใช้ยา Step 3 ได้เลย

2.2.3 ผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดตามเวลา (Around the clock) สม่าเสมอครบถ้วน

2.2.4 เมื่อพบว่าผู้ป่วยมี Breakthrough pain หรือเริ่มมีระดับความปวดแบบทันที และ/หรือ ฉีกยับพลัน และ/หรือ เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องรีบแจ้งพยาบาลให้ทราบทันทีเพื่อรายงานแพทย์

2.2.5 พยาบาลประเมินระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยซ้ำ ภายหลังการรับประทานยาบรรเทาปวด¹¹ (Level 6) 30 นาทีต่อเนื่อง^{8,10} (Level 6,1) และทำการจดบันทึก¹² (Level 5)

2.2.6 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา^{6,9,11} (Level 2,3,6)
โดยใช้วิธีการ ดังนี้

2.2.6.1 การพยาบาลทางด้านจิตสังคม (psychosocial intervention)¹⁰ (Level 1) complementary intervention⁶ (Level 2) โดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation technique), การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นทีละส่วน (progressive muscle relaxation) และการใช้จินตภาพ (imagery) เป็นต้น

2.2.6.2 Counseling^{6,11} (Level 2,6) โดยการให้คำปรึกษาการจัดการความปวดด้วยตนเอง

2.2.6.3 กรณีความปวดเพิ่มมากขึ้นพยาบาลต้องแจ้งแพทย์เพื่อปรับยา และส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพมาช่วยดูแลบรรเทาอาการปวด⁹ (Level 3) รวมถึงการใช้ complementary อย่างเหมาะสม เช่น การฝังเข็ม สัมผัสบำบัด นวดผ่อนคลาย การใช้ไฟฟ้ากระตุ้นเส้นประสาทผ่านทางผิวหนังเพื่อลดความเจ็บปวด (transcutaneous electrical nerve stimulation : TENS)

2.2.7 การจัดการความปวดและประเมินซ้ำเมื่อมี Breakthrough pain¹¹ (Level 6)

2.2.8 บันทึก Pain score เมื่อมี Breakthrough pain และบันทึกซ้ำหลังการจัดการความปวด¹¹ (Level 6)

2.2.9 ติดตามและประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด

2.3 Ladder step 3 : moderate to severe pain (คะแนนความปวด 7 – 10) Emergent : ต้องได้รับยาบรรเทาปวดทันที การดูแลผู้ป่วยและการประเมินมีดังนี้

2.3.1 ประเมินและรายงานแพทย์ทันที รวมทั้งเตรียมการที่จะให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดทันที

2.3.2 เมื่อเริ่มปวดทันทีหรือเฉียบพลัน และระดับความปวดเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งก่อน

2.3.3 ติดตาม vital signs ประเมินความปวด รวมทั้งอาการแสดงต่าง ๆ และอาการรวมทั้งจัดการอาการปวดทันที

2.3.4 การจัดการความปวดแบบใช้ยา โดยร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วย โดยใช้ยาในกลุ่ม Strong opioid ดังนี้

2.3.4.1 การใช้ยากกลุ่ม Strong opioid ซึ่งได้แก่ Morphine หรืออนุพันธ์ของ Morphine ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดรุนแรง¹¹ (Level 6) ซึ่งอาจจะให้ร่วมกับการใช้ adjuvant medications หรือไม่ได้ ซึ่ง adjuvant medications ที่ใช้ในการลดอาการปวด ได้แก่

- corticosteroids (เช่น dexamethasone) สำหรับอาการปวดจาก bone pain และ neuropathic pain และปวดจาก spinal cord compression, bowel obstruction, lymphedema pain, liver capsule pain หรือปวดศีรษะจาก increased intracranial pressure

- anticonvulsants (เช่น gabapentin) สำหรับ neuropathic pain

- antidepressant เช่น nortriptyline

- local anesthesia

- การใช้ bisphosphonates (เช่น pamidronate, zoledronic acid) สำหรับ bone pain

- การใช้ยากกลุ่ม Strong opioid ควรอยู่ในรูปของยารับประทาน ถ้าผู้ป่วยยังสามารถรับประทานได้

2.3.4.2 การใช้ยา Morphine ควรมีการเฝ้าระวังผลข้างเคียง⁶ (Level 2) เช่น อาการง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ภาวะกดการหายใจ โดยประเมิน Sedative score และบันทึกลงในฟอร์มปรอทอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง

2.3.4.3 ผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดตามเวลา (Around the clock) มากกว่าการร้องขอเมื่อมีอาการปวด

2.3.4.4 ใส่ใจในรายละเอียดของผู้ป่วย และสนใจรับฟัง
ผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ

2.3.4.5 ประเมินและจัดการผลข้างเคียงจากการใช้
ยาแก้ปวดตลอดจนเฝ้าระวังความผิดปกติต่างๆอย่างต่อเนื่อง

2.3.5 ปรีกษาทิมสหสาขาวิชาชีฟเพื่่อรับการรักษาคื่นๆเพื่่มเติม
โดยรายงานแพทยเมือ พบว่า ยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่สามารถควบคุมอาการ
ปวดของผู้ป่วยได้ โดยให้แพทย์พิจารณาให้การรักษาคื่นๆเพื่่ม⁹ (Level 3) เช่น

- Radiotherapy เพื่่อลดความปวดในผู้ป่วย Bone pain หรือ
Spinal cord compression
- Surgery
- Interventional treatment เช่น epidural, intrathecal, or
celiac block

2.3.6 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา^{6,11} (Level 2,6) โดยใช้

2.3.6.1 การพยาบาลทางด้านจิตสังคม (psychosocial
intervention)¹⁰ (Level 1) complementary intervention⁶ (Level 2) โดยใช้
relaxation technique, progressive muscle relaxation technique, imagery
technique เป็นต้น

2.3.6.2 Counseling^{6,11} (Level 2,6) โดยการให้คำปรึกษา
เรื่องการจัดการความปวดด้วยตนเอง

2.3.6.3 กรณีความปวดเพิ่มขึ้นพยาบาลต้องแจ้งแพทย์
เพื่่อปรับยา และส่งปรึกษา pain clinic หรือ psychologist⁷ (Level 3)
นักกายภาพบำบัด หรือแพทย์ทางเลือกเพื่่อพิจารณาใช้ การฝังเข็ม สัมผัสบำบัด
นวด transcutaneous electrical nerve stimulation : TENS เพื่่อเพิ่มประสิทธิภาพ
ในการจัดการความปวด

2.3.7 การจัดการความปวดและการประเมีนซ้ำ เมื่อมี Breakthrough pain¹¹(Level 6) พยาบาลต้องจัดการความปวด (Level 6) และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างทันท่วงที เพราะจะทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจกับการได้รับยาช่วยบรรเทาอาการปวด และมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการใช้ยากลุ่ม opioid ⁸ (Level 6) และมีการประเมีนซ้ำหลังการได้รับยาเมื่อมี breakthrough pain ภายใน 15 ถึง 30 นาที

2.3.8 บันทึก Pain score เมื่อมี Breakthrough pain และบันทึกซ้ำหลังการจัดการความปวด¹¹ (Level 6)

2.3.9 ประเมีนและบันทึก Sedative score⁹ (Level 3)

2.3.10 พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยจดบันทึกคะแนนความปวดลงในคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเอง ¹² (Level 5) โดยบันทึกคะแนนความปวดของตนเองทุกครั้งที่ประเมีน และทุกครั้งเมื่อมี breakthrough pain และเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดไปแล้ว หลังจากนั้น 15 - 30 นาที ควรมีการประเมีนระดับความปวดซ้ำหลังได้รับยาลดความปวด Breakthrough pain¹¹ (Level 6)

2.3.11 แนะนำผู้ป่วยให้นำคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเอง ^{6,12}(Level 2,5) มาทุกครั้งทีพบแพทย์

2.3.12 มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการจัดการความปวดขณะอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้านเป็นระยะๆ อย่างน้อย 6 ครั้ง

2.3.13 มีการทบทวนความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการจัดการความปวดก่อนกลับบ้าน

2.3.14 พยาบาลทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคล^{10,12} (Level 1, 5) อย่างต่อเนื่อง^{7,10} (Level 3,1) จำนวน 6 ครั้ง¹⁰ (Level 1) เป็นระยะๆจนกว่าจะจำหน่ย ⁶ (Level 2)

2.3.15 บันทึกคะแนนความปวดและมีการส่งเวรต่อเรื่องอาการปวดของผู้ป่วย ให้ทีมทราบทุกเวร

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินหลังการดูแลและเตรียมความพร้อมก่อน Discharge

1. ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

1.1 ประเมินระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยก่อนการเตรียมจำหน่าย โดยระดับความปวดที่ยอมรับได้ สามารถพักผ่อนได้หรือปฏิบัติกิจกรรมได้ pain score $\leq 3^7$ (Level 3)

1.2 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จากความสามารถในการจัดการความปวดด้วยตนเองก่อนกลับบ้าน

1.3 จัดเตรียมคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเองให้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว จัดบันทึกคะแนนความปวดด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน

1.4 ทบทวนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวด แบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การควบคุมความปวดและการจัดการผลข้างเคียงของยา^{8,9,10} (Level 6,3,1) เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว⁶ (Level 2) โดยทบทวนเป็นรายบุคคล¹² (Level 5) ก่อนการจำหน่าย

1.5 พยาบาลติดตามความปวดของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน^{6,7} (Level 2,3) โดยขอเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยที่สามารถติดต่อได้สะดวก เพื่อติดตามการจัดการความปวดทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน^{6,7,12} (Level 2, 3, 5)

2. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

พยาบาลมีการโทรศัพท์ติดตาม ประเมินความปวดของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน^{6,7,12} (Level 2,3,5) และทำการจดบันทึกข้อมูล

ผลการทดลองใช้ CNPG

จากการเก็บข้อมูลในผู้ป่วย 30 ราย พบว่า เมื่อพยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ (พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ ร้อยละ 80) ระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยลดลง ร้อยละ 68 และหน่วยงานได้พัฒนา CNPG สู่งานวิจัย

เรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่องการจัดการความปวด
ต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็ง The effect of clinical
nursing practice guideline in cancer pain management on pain and
satisfaction in cancer patients ในปี 2560

ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

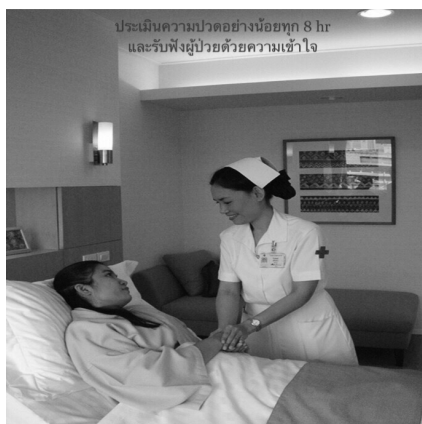
1. นางสาวกิ่งทิพย์ แต้มทอง หัวหน้าหอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 8
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. นางนุชจรี พลอยสี่อไร พยาบาลปฏิบัติการ 7
หอผู้ป่วยว่องวานิชชั้น 7 ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. นางสาวสุนนา ศรีนุกูล พยาบาลปฏิบัติการ 7 หอผู้ป่วยนอก
อายุรกรรมเฉพาะโรค ภปร 3 ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางสาวเนตร์สุวิณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ ผู้ตรวจการพยาบาลรังสีรักษา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. รศ.ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
สภากาชาดไทย
3. รศ.นพ. ปิ่น ศรีประจิตติชัย อาจารย์ประจำภาควิชาวิสัญญีวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษาโครงการ

1. นางสาวเพ็ญใจ ดาโลปการ อดีตผู้ตรวจการพยาบาลอายุรกรรม
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์
และศัลยศาสตร์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. นางสาวกันยารัตน์ สีนสุวรรณกุล ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์
และศัลยศาสตร์
งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (ด้านมะเร็ง)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
(Evidence-based Practice) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ประจำปี 2557-2558



เรื่อง การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล

วิธีการประเมิน การสังเกต สุ่มดูการปฏิบัติจริง

เกณฑ์การประเมิน ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน N/A = ประเมินไม่ได้เนื่องจากไม่เกิดเหตุการณ์นั้น
ผู้ประเมิน.....

หัวข้อกิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ให้ความรู้ผู้ป่วยในการประเมิน Pain Score โดยใช้ Numeric Rating Scale เมื่อแรกรับ		
2. ประเมินคะแนนความปวด (Pain Score) เมื่อแรกรับ		
3. ประเมินตำแหน่งที่ปวดและลงบันทึกทางการพยาบาลเมื่อแรกรับ		
4. ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความปวดเมื่อแรกรับ		
5. ประเมินวิธีการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
6. ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องวิธีการใช้ยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ		
7. ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องผลข้างเคียงของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับและการป้องกัน		
8. แนะนำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตาม que ผู้ป่วยเลือก		
9. ประเมิน Pain Score ทุกเวร		
10. ประเมิน Sedation score ในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Strong opioids		
11. ประเมินความปวดเมื่อมี Breakthrough pain		
12. มีการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยเมื่อมี Breakthrough pain		
13. มีการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดภายใน 30 นาที		
14. มีการส่งต่อข้อมูลความปวดของผู้ป่วยในบันทึกทางการพยาบาล		
15. มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด (discharge planning)		
รวมคะแนน		

ข้อคิดเห็นและ

ข้อเสนอแนะ.....

สรุป คะแนนการปฏิบัติตาม PCL การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ถูกต้องตามมาตรฐาน.....%

แผนภาพที่ 10. แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List : PCL)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. จำนวนและอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคสำคัญปีพ.ศ. 2537-2555 (อินเทอร์เน็ต). 2014 (เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2557). เข้าถึงได้จาก: <http://www.social.nesdb.go.th>
2. ปิ่น ศรีประจิดติชัย. Cancer pain: การระงับปวดมะเร็ง (อินเทอร์เน็ต). 2014 (เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2557). เข้าถึงได้จาก: <http://www.pain-tasp.com>
3. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ตัวชี้วัด Cancer pain โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ม.ค.-พ.ค. 57(เอกสารอัดสำเนา). 2557.
4. พูลสุข ศิริพล. การจัดการความปวดในเด็ก Hypnosis & Biofeedback และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
5. Melnyk, BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2011.
6. Jahn P, Kuss O, Schmidt H, Bauer A, Kitzmantel M, & Jordan K, et al. Improvement of pain-related self-management for cancer patients through a modular transitional nursing intervention: A cluster-randomized multicenter trial. **Pain** 2014; 155: 746–54.
7. Bandieri E, Sichetti D, Romero M, Fanizza C, Belfiglio M, & Buonaccorso L, et al. Impact of early access to a palliative / supportive care intervention on pain management in patients with cancer. **Ann Oncol** 2012; 23: 2016–20.
8. Davies A, Zeppetella G, Anderson S, Damkier A, Vejlgaard T, & Nauck F, et al. Multi Centre European study of breakthrough cancer pain: Pain characteristics and patient perceptions of current and potential management strategies. **Eur J Pain** 2011; 15: 756–63.
9. Dulko D, Hertz E, Julien J, Beck S, Mooney K. Implementation of cancer pain guidelines by acute care nurse practitioners using an audit and feedback strategy. **J Am Acad Nurse Pract** 2010; 22: 45–55.
10. Gorin SS, Krebs P, Badr H, Janke EA, Jim HSL, & Spring B, et al. Meta-Analysis of Psychosocial Interventions to Reduce Pain in Patients with Cancer. **J Clin Oncol** 2012; 30: 539-47.

11. Soden K, Ali S, Alloway L, Barclay D, Perkins P, Barker S. How do nurse in specialist Palliative Care access and manage breakthrough cancer pain? A multicenter study. **Palliative Medicine** 2013; 24(3): 294–8.
12. Koller A, Miaskowski C, Geest SD, Opitz O, Spichiger E. A Systematic Evaluation of Content, Structure, and Efficacy of Interventions to Improve patients' Self - Management of Cancer Pain. **J Pain Symptom Manage** 2012; 44: 264-84.

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดภาวะ Hypersensitivity ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Oxaliplatin

Clinical Nursing Practice Guideline of decrease hypersensitivity
reaction in patient receiving Oxaliplatin



กาญจนา เพียรบุญดี, RN, พย.ม.

วิไล ถวิลวีสาร, RN, พย.ม.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction (HSR) เป็นปฏิกิริยาภูมิไวเกินที่เกิดขึ้นได้ในระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด โดยอาการที่พบเป็นได้ตั้งแต่รุนแรงน้อยถึงปานกลาง เช่น มีอาการร้อนวูบวาบ ผื่น ไปจนถึงรุนแรงมาก เช่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ จนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือเปลี่ยนยาเคมีบำบัดกลุ่มอื่น ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

การรักษาโรคมะเร็งด้วยยา Oxaliplatin มีผลทำให้เกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ในระหว่างการได้รับยาประมาณร้อยละ 10 – 25¹ ผู้ป่วยมักเกิดอาการแพ้รุนแรงระดับ 3- 4 ร้อยละ 1.6 และอาการแพ้ระดับ 1-2 มักเกิดในช่วง 30 – 40 นาทีหลังได้รับยา Oxaliplatin และส่วนใหญ่เกิดในรอบการให้ยาครั้งที่ 5² การเพิ่มระยะเวลาให้ยาให้นานขึ้น ร่วมกับการให้ยาป้องกันการแพ้ สามารถลดระดับความรุนแรงของอาการปฏิกิริยาภูมิไวเกินและสามารถให้ยาได้จนหมด³ ดังนั้นการจัดทำแนวทางการให้ยา Oxaliplatin จะเป็นเครื่องมือที่ช่วยพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ให้ยาเคมีบำบัดและทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา

ดังนั้นจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice) เพื่อลดการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Oxaliplatin ทั้งยังสนองตอบต่อนโยบายของโรงพยาบาล Patient Safety Goals ทำให้เกิดความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการลดการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Oxaliplatin ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. เพื่อลดการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ผู้ป่วยที่ได้รับยา Oxaliplatin

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

กลุ่มผู้รับบริการ: ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และสาขาอายุรศาสตร์ มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: พยาบาลที่ปฏิบัติงานศูนย์ให้ยา เคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ตึกอวองวานิช ชั้น 4 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ Hypersensitivity reaction จากยา Oxaliplatin หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสภาวะร่างกายตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันมากเกินไปจนเกิดอาการแพ้ ซึ่งเรียกว่า allergen ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน อาการและอาการแสดงที่พบ เช่น rash, urticarial, erythema (palms and soles), pruritus อาการจะเกิดขึ้นในบาง cycle โดยมักเกิดใน cycle ที่ 6-8

1. Hypersensitivity reaction จากยา Oxaliplatin เกิดขึ้นได้ 3 ชนิด ดังต่อไปนี้

1.1 Anaphylactic หรือ Immediate type Hypersensitivity

เมื่อได้รับ allergen ครั้งแรก ร่างกายจะสร้าง antibody ชนิด IgE ไปเกาะบน mast cell และ basophil เมื่อได้รับ allergen ครั้งที่สอง allergen จะเข้าไปเกาะกับ antibody ที่อยู่บน mast cell และ basophil ทำให้เซลล์หลั่งสารเคมีชื่อ histamine และสารอื่นๆ ที่ทำให้เกิดอาการแพ้ Histamine เป็นสารที่ออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดฝอยขยายตัว ทำให้เกิดการบวม แดงคัน และทำให้กล้ามเนื้อเรียบหดตัว

เกิดอาการหอบหืด ถ้าการแพ้เกิดมากๆ มีผลทำให้ซีฟจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ซ็อกได้ เรียกว่า เกิด anaphylaxis อาการจะเกิดขึ้นเร็วในเวลาเป็นนาทีถึงชั่วโมง ภายหลังจากได้รับ allergen

1.2 Cytotoxic หรือ Cytolytic type Hypersensitivity (Type II)

เมื่อร่างกายตอบสนองโดยสร้าง antibody ชนิด IgG และ IgM ไปเกาะกับเซลล์ แผลกปลอม ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบ complement เซลล์จะแตกสลาย มี phagocyte เข้ามากินและหลั่ง enzyme ออกมา ส่งผลให้เกิด cell lysis อาการแสดงจะขึ้นอยู่กับเซลล์ที่ยาหรือสิ่งแปลกปลอมไปจับ เช่น จับ Neutrophil ส่งผลให้เกิด Neutropenia, จับ Platelet ส่งผลให้เกิด Thrombocytopenia เป็นต้น ซึ่งจะใช้เวลาานานมากกว่า 72 ชั่วโมง ถึงจะแสดงอาการ

1.3 Delayed type Hypersensitivity หรือ Cell-mediated immune disorder (Type IV)

เมื่อ allergen เข้าไปในร่างกาย (1st Exposure) จะถูก processing และ presentation โดย macrophage หรือ monocyte แล้วปล่อย interleukin-1 (IL-1) ไปกระตุ้น T- lymphocyte ให้เป็น sensitized lymphocyte (2nd Exposure) sensitized lymphocyte ก็จะปล่อย lymphokines ส่งผลกระตุ้นกระบวนการอักเสบ และ activate phagocytes ต่างๆ ทำให้เกิด tissue injury เช่น Contact dermatitis, Exanthema เป็นต้น

Grade	Degree of severity
1	Mild; with mild or no symptoms; no interventions required
2	Moderate; minimal intervention indicated; some limitation of activities
3	Severe but not life threatening; hospitalization required; limitation of Patient ability to care for him/herself
4	Life threatening; urgent intervention required
5	Death related to adverse event

ตารางที่ 4. แสดง NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events version 4.03

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

กำหนดกรอบและวัตถุประสงค์ของการสืบค้น การสืบค้นงานวิจัยใช้การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐาน โดยใช้แนวคิดของ PICO Framework ระบุคำสำคัญตามรายละเอียดดังนี้

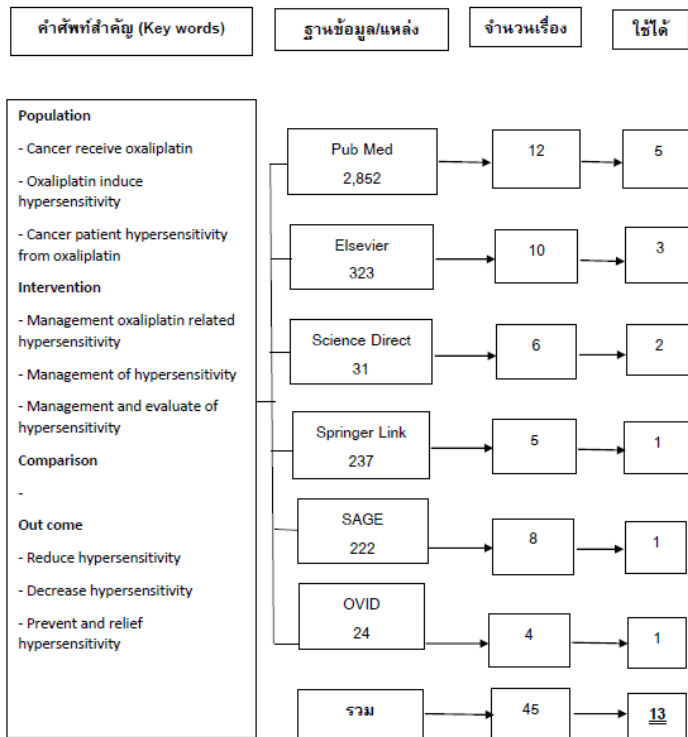
P (Population) = Cancer receive oxaliplatin/ Oxaliplatin induce hypersensitivity/ Cancer patient hypersensitivity from oxaliplatin

I (Intervention) = Management oxaliplatin-related hypersensitivity/ Management of Hypersensitivity/ Management and evaluate of hypersensitivity

C (Comparison intervention) = -

O (Outcome) = Reduce hypersensitivity/ Decrease hypersensitivity/
Prevent and relief hypersensitivity

กำหนดแหล่งสืบค้น และผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เลือกหลักฐาน
เชิงประจักษ์ที่มีฉบับเต็ม และตีพิมพ์ในฐานข้อมูลที่มีคุณภาพและได้รับการยอมรับ
ระหว่างปี ค.ศ. 2009-2018 ได้แก่ PubMed, Elsevier, Science direct, Springer
Link, SAGE, OVID



แผนภาพที่ 11. แสดงการกำหนดแหล่งสืบค้นและผลการสืบค้น

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องแนวทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดภาวะ Hypersensitivity ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Oxaliplatin ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับยา Oxaliplatin

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลขณะที่ผู้ป่วยได้รับยา Oxaliplatin

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา Oxaliplatin

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับยา Oxaliplatin

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ^{4,5,6,8,10,15} (Level 1, 4, 6) โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและครอบครัว และจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ตามรายละเอียดดังนี้

1.1 ผู้ป่วยมีประวัติเคยได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม Platinum-based มาก่อน

1.2 ผู้ป่วยได้รับยา Oxaliplatin ≥ 6 cycle

1.3 ผู้ป่วยมีอายุน้อยและเพศหญิง

1.4 ผู้ป่วยมีประวัติภูมิแพ้ต่างๆ

1.5 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น เช่น หอบหืด มีความผิดปกติของหัวใจ และปอด

1.6 ผู้ป่วยเคยมีประวัติการแพ้ยามาก่อน

1.7 ขนาดยาสะสมมาก (High cumulative dose)

1.8 ระยะเวลาที่ได้รับยากลุ่ม Platinum นาน (Long platinum interval)

1.9 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Science direct (LDH), Neutrophil count, Monocyte count (ถ้า LDH ต่ำ, Neutrophil count สูง และ Monocyte count ต่ำ อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะ Hypersensitivity reaction gr. 3-4) หรือมียีน BRCA mutation

2. แนะนำให้มีการทำ Skin test ถ้าผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะ HSR^{6,9,10,12,15} (Level 4, 5, 6) เนื่องจากสามารถช่วยคาดการณ์ในการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction จากการได้รับยา oxaliplatin ได้

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลขณะที่ผู้ป่วยได้รับยา Oxaliplatin

1. พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเสี่ยง การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypersensitivity reaction เช่น หน้าแดง มีผื่น (โดยเฉพาะฝ่ามือฝ่าเท้า) อาการคัน จุกแน่นคอ หายใจไม่สะดวก ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ถ้ามีอาการให้แจ้งพยาบาลทราบทันที และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ HSR ตลอดจนแนวทางการรักษาเมื่อเกิด Platinum hypersensitivity reaction¹¹ (Level 7)

2. การบริหารจัดการขณะที่ผู้ป่วยได้รับยา Oxaliplatin ดังนี้

2.1 ดูแลบริหารยา premedication: Steroids, Antihistamine และ Diphenhydramine ตามแผนการรักษา ก่อนเริ่มให้ยาเคมีบำบัด 30 นาที^{6,7,10,11,13,16} (Level 3, 4, 5, 6, 7) เนื่องจากเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction

2.2 การสังเกตอาการและอาการแสดง ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพก่อนและขณะได้รับยาเคมีบำบัด^{6,11} (Level 4, 7)

2.3 การบริหารยา โดยการเพิ่มระยะเวลาการให้ยานานขึ้น แบบ Shortened Desensitization protocol คือ ดูแลให้ยา oxaliplatin 3-4 ชั่วโมง

เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงและใช้เวลาน้อย ซึ่งสามารถใช้ได้ใน outpatient ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบถ้วนตามแผนการรักษา¹¹ (Level 7) หรือเจือจางยา¹⁶ (Level 6) ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

3. มีการเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เหมาะสม เช่น รถ CPR และควรจะมี Standing Medication Order เขียนไว้ เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที โดยการให้ Antihistamine, H2 blocker, Glucocorticoids และ Epinephrine ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการจัดการภาวะ HSR ถ้าเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน¹¹ (Level 7)

4. แนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่เกิดภาวะ HSR of Platinum-based^{4,11} (Level 1, 7) โดยแบ่งขั้นตอนการรักษาตามระดับความรุนแรง

Mild/ Moderate-Low HSR

- หยุดให้ยาทันที
- ดูแลให้ได้รับ 0.9% NaCl ทางหลอดเลือดดำ (IV)
- รายงานแพทย์
- ดูแลให้ Hydrocortisone 50-100 mg IV x 1
- ดูแลให้ Diphenhydramine 25-50 mg IV x 1
- บันทึกอาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับเมื่อเกิดภาวะ HSR
- Monitor vital signs อาการของผู้ป่วยทุก 5-15 นาที

ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้น (หน้าแดง มีผื่นบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า หรือคลื่นไส้ อาเจียนลดลง) ภายใน 15-30 นาที ปฏิบัติดังนี้

- Rechallenge oxaliplatin ดูแลให้ได้รับยาต่อ โดยลดลง 50% ของ rate ที่เกิด HSR

- Monitor vital signs ทุก 15 นาที จนกว่าจะ stable

แต่ถ้าให้ยาต่อแล้วมีอาการแพ้

- หยุดให้ยาทันทีและรายงานแพทย์
- Supportive care ดูแลให้ Hydrocortisone 50-100 mg IV x 1, Diphenhydramine 25-50 mg IV x 1 และให้ Oxygen
- ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด Monitor vital signs อาการของผู้ป่วยทุก 15 นาที จนกว่าจะ stable
- ดูแลให้ยาไปรับประธานต่อที่บ้านตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าอาการไม่ทุเลาลง โดยให้ Diphenhydramine 50 mg per oral

Moderate-Standard/ Severe HSR

- หยุดให้ยาทันที ขอความช่วยเหลือจากทีม รายงานแพทย์
- Life threatening anaphylaxis โทรเรียก code CPR ทันที
- ดูแลให้ Epinephrine 0.3 mg IM
- ดูแลให้ได้รับ 0.9% NaCl IV
- ดูแลให้ Hydrocortisone 50-100 mg IV x 1
- ดูแลให้ Diphenhydramine 25-50 mg IV x 1
- ดูแลให้ออกซิเจน 2-4 L/min ถ้า O₂sat < 95%
- ดูแลให้ Bronchodilators: albuterol MDI 2 puff หรือ 2.5 mg inhale
- ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด Monitor vital signs อาการของผู้ป่วยทุก 15 นาที จนกว่าจะ stable



ภาพที่ 14 :

แสดงการปรับอัตราการได้รับยา

ตารางที่ 5. การทำ desensitization protocol¹¹ (Level 7) โดยแบ่งออกเป็น

Title	Details of desensitization protocol
Shortened desensitization protocol	Premedication should include: Dexamethasone 20 mg IV, Diphenhydramine 50 mg IV, Famotidine 20 mg IV Please prime the tubing with chemotherapy. <u>Oxaliplatin</u>: given pharmacokinetic profile, rate escalation not required lengthen infusion duration to 3-4 hours Note: Above protocol based on infusion initiation at approximately 10% of goal rate x 15 min, then 25% of goal rate x 15 min, then 50% of goal rate x 15 min, then goal rate for remainder of infusion.
Standard desensitization protocol	Premedication should include: Dexamethasone 20 mg IV, Diphenhydramine 50 mg IV, Famotidine 20 mg IV Please prime the tubing with chemotherapy. All platinum drugs: ● Infuse at 2 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 4 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 6 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 8 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 10 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 15 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 30 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 60 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 80 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 100 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 120 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 140 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 160 mL/ hr x 15 min, then ● Infuse at 180 mL/ hr x 15 min, then

Title	Details of desensitization protocol
	● Infuse at 200 mL/ hrx 15 min, then ● Infuse at 400 mL/ hrx 15 min, then Infuse at 600 mL/ hr for the remainder of the infusion.
Prolonged desensitization protocol	Premedication should include: Dexamethasone 20 mg IV, Diphenhydramine 50 mg IV, Famotidine 20 mg IV Please prime the tubing with chemotherapy. Bag 1: 1/ 100 of drug based on final target concentration ● Infuse at 2 mL/ hrx 15 min, then ● Infuse at 5 mL/ hrx 15 min, then ● Infuse at 10 mL/ hrx 15 min, then ● Infuse at 20 mL/ hrx 15 min, then stop. Take down bag 1, and Hang Bag 2 Bag 2: 1/ 10 of drug based on final target concentration ● Infuse at 5 mL/ hrx 15 min, then ● Infuse at 10 mL/ hrx 15 min, then ● Infuse at 20 mL/ hrx 15 min, then ● Infuse at 40 mL/ hrx 15 min, then stop. Take down bag 2, and hang Bag 3 Bag 3: Final target concentration ● Infuse at 10 mL/ hrx 15 min, then ● Infuse at 20 mL/ hrx 15 min, then ● Infuse at 40 mL/ hrx 15 min, then Infuse at 75 mL/ hr for the remainder of the infusion.

ตารางที่ 6. Approximate Total Time Required for Three Protocols

Title	Time required
Shortened desensitization protocol	Oxaliplatin in 500 mL 3-4 hours
Standard desensitization protocol	Oxaliplatin in 500 mL 5 hours
Prolonged desensitization protocol	Oxaliplatin in 500 mL 9 hours

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา Oxaliplatin

1. พยาบาลควรติดตามอาการ (observe clinical) ของผู้ป่วยหลังจากได้ยาหมด 30-60 นาที¹⁶ (Level 6) เนื่องจากอาจเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ได้ หลังจากยาหมด
2. พยาบาลมีการให้คำแนะนำในเรื่องของการปฏิบัติตัวหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะการงดของเย็นหรือการหลีกเลี่ยงความเย็น¹⁶ (Level 6)

ผลการทดลองนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอวสานิช ชั้น 4 ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561

นำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยา Oxaliplatin จำนวน 237 ราย มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 63 ราย เกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ระดับ Mild/ Moderate-Low HSR จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.89 และไม่มีผู้ป่วยรายใดเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ระดับ Moderate-Standard/ Severe HSR อีกทั้งพยาบาลที่นำแนวทางปฏิบัติไปใช้มีความพึงพอใจ เนื่องจากช่วยลดการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา

ผู้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. นางสาวกาญจนา เพียรบุญญ์ติ พยาบาลวิชาชีพ 6
หน่วย Daycare ว่องวานิช 4
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. นางวิไล ถวิลวิสาร หัวหน้าหอผู้ป่วย Daycare ว่องวานิช 4
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ. นพ. สืบพงศ์ ธารสารวิมล
หัวหน้าหน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ. ปานจันทร์ ฐานกุลศักดิ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
3. นางสาวกันยารัตน์ สีนสุวรรณกุล ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (ด้านมะเร็ง) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ที่ปรึกษาโครงการ

1. นางสาวเนตรสุวิณ เจริญจิตสวัสดิ์ ผู้ตรวจการพยาบาลรังสีรักษา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. นางสาวกิ่งทิพย์ แต่มทอง หัวหน้าหอผู้ป่วย ว่องวานิช 8
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Polyzos A, Tsavaris N, Gogas H, Souglakos J, Vambakas L, Vardakas N, et al. Clinical features of hypersensitivity reactions to oxaliplatin: a 10-year experience. **Oncology** 2009; 76: 36-41.
2. Lee SY, Kang HR, Song WJ, Lee KH, Han SW, Cho SH. Overcoming oxaliplatin hypersensitivity: different strategies are needed according to the severity and previous exposure. **Cancer Chemother Pharmacol** 2014; 73:1021-9.
3. Shao YY, Hu FC, Liang JT, Chiu WT, Cheng AL, Yang CH. Characteristics and Risk Factors of Oxaliplatin-related Hypersensitivity Reactions. **Journal of the Formosan Medical Association** 2010; 109(5): 362-8.
4. Boulanger J, Boursiquot JN, Cournoyer G, & Lemieux J. Management of hypersensitivity to platinum-and taxane-based chemotherapy: CEPO review and clinical recommendations. **Current Oncology** 2014; 21(4): 630-41.
5. Seki K, Senzaki K, Tsuduki Y, Ioroi T, Fujii M, Yamauchi H, et al. Risk Factors for Oxaliplatin Induced Hypersensitivity Reactions in Japanese Patients with Advanced Colorectal Cancer. **International Journal of Medical Sciences** 2011; 8(3): 210-5.
6. Parel M, Ranchon F, Nosbaum A, You B, Vantard N, Schwartz V, et al. Hypersensitivity to oxaliplatin: clinical features and risk factors. **BioMed Central Pharmacology and Toxicology** 2014; 15(1): 1-6.
7. Yanai T, Iwasa S, Hashimoto H, Kato K, Hamaguchi T, Yamada Y, et al. Oxaliplatin Hypersensitivity Reactions in Patients with Metastatic Colorectal Cancer. **Anticancer Research** 2012; 32: 5521-6.
8. Kashiwagi Y. & Kakinohana SA. Retrospective Analysis of Oxaliplatin-related Hypersensitivity Reaction in Colorectal Cancer Patients and Predictive Factors. **Singapore Nursing Journal** 2015; 42(3): 27-32.
9. Bano N, Najam R, Qazi F, & Mateen A. Clinical Features of Oxaliplatin Induced Hypersensitivity Reactions and Therapeutic Approches. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention** 2016; 17: 1637-41.
10. Tham EM, Cheng YK, Tay MH, Alcasabas AP, Shek LP. Evaluation and management of hypersensitivity reactions to chemotherapy agents. **BMJ Postgrad Medical Journal** 2015; 91: 145-50.

11. O Malley, DM, Vetter MH, Cohn DE, Khan A, & Hays JL. Outpatient desensitization in selected patients with platinum hypersensitivity reactions. **Gynecologic Oncology** 2017; 145: 630-40.
12. Wang A.L, Patil SU. Long AA., & Banerji A. Risk-stratification protocol for carboplatin and oxaliplatin hypersensitivity: repeat skin testing to identify drug allergy. **Ann Allergy Asthma Immunology** 2015; 115: 422-8.
13. Park SJ, Lee KY, Park WS, & Min SY. Clinical outcomes of reintroducing oxaliplatin to patients with colorectal cancer after mild hypersensitivity reactions. **Oncology** 2013; 85: 323-7.
14. Cercek A, Park V, Yaeger R, Logunes DR, Kemeny NE, Stadler ZK, et al. Faster FOLFOX: Oxaliplatin can be safely infused at a rate of 1 mg/ m²/ min. **American Society of Clinical Oncology** 2016; 12(5): 548-53.
15. Caiado J. & Castells M. Presentation and diagnosis of hypersensitivity to platinum drugs. **Current Allergy Asthma Reports** 2015; 15(5): 1-9.
16. Grewal GD, Badrick TC, & Gilbar PJ. Immediate and delayed hypersensitivity reactions to a single dose of oxaliplatin. **Clinical Colorectal Cancer** 2015; 15: 128-30.

หมายเหตุ

บทความนี้ได้รับการอนุญาตจากบรรณาธิการวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทยให้ตีพิมพ์ต้นฉบับนี้ในเอกสารฯ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เล่ม 4 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นี้ได้ โดยผู้นำไปใช้ประโยชน์สามารถเขียนอ้างอิงดังตัวอย่างต่อไปนี้

วันนา จินดาเพิ่ม, ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์,
พนอ ทับทิมทอง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
ทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ.
วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย
2561;5(1):127-135. หรือ

Jindaperm W, Kuawiriyapan S, Tubtimtong P.
Development of Clinical Nursing Practice
Guidelines for Management of Fever in Trauma
Patients. Thai Journal of Nursing and Midwifery
Practice 2018;5(1):127-135. (In Thai)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไขในผู้ป่วยบาดเจ็บ



วันนา จินดาเพิ่ม,¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ศิริวรรณ เครือวีริยะพันธ์,² พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

พนอ ทับทิมทอง,³ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ : การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง 10 เรื่อง ประเมินคุณภาพของแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัย โดยใช้เครื่องมือ AGREE II ตรวจสอบความเหมาะสมของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.0 ดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 10 คน ระหว่างวันที่ 1 – 30 กันยายน 2560 ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีดังนี้ 1) ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 10 ข้อใน 3 หมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินภาวะไข้ (3 ข้อ) หมวดที่ 2 การพยาบาลเพื่อการลดไข้ (5 ข้อ) หมวดที่ 3 การประเมินภายหลังการลดไข้ (2 ข้อ) 2) การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือ AGREE II อยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพสูง สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ 3) การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในทุกหัวข้ออยู่ในเกณฑ์มาก และ 4) การทดลองนำใช้แนวปฏิบัติของทีมสุขภาพ พบอยู่ในเกณฑ์มาก โดยมีข้อเสนอแนะให้ศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่มีภาวะไข้ในกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้นต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(1): 127-135

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, การจัดการลดไข้, ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ

1 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; ผู้เขียนหลัก, E-mail: wanna.trc@gmail.com

2 ผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3 หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะไข้เป็นอาการที่พบบ่อยมากที่สุดอาการหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ เกิดจากการที่อุณหภูมิของร่างกายสูงเกินปกติ เนื่องจากความเจ็บป่วย การติดเชื้อ หรือการบาดเจ็บของอวัยวะภายในร่างกาย ก่อให้เกิดกลไกการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้¹ การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้น จะส่งผลให้ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น มีการทำลายของเซลล์สมอง และอาจมีอันตรายถึงชีวิต เช่น ในรายที่มีการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้เกิดภาวะไข้ได้เนื่องจากเซลล์สมองได้รับการกระทบกระเทือน และกระตุ้นการหลั่งสารก่อกวนจากภายใน คือกรดอะราคิโดนิก (arachidonic acid) เมื่อเผาผลาญจะได้โปรสตาแกลนดิน อีสอง (prostaglandin E2) ที่มีผลต่อระบบประสาทความรู้สึกเกี่ยวกับอุณหภูมิร่างกายไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ทำให้มีการปรับตั้งอุณหภูมิสูงกว่าปกติ²

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงมีนาคม ปี พ.ศ. 2560 พบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุมีไข้ จำนวน 1,080 ครั้ง และพบว่าใน 3 วันแรก มีไข้สูงกว่า 38.5°C จำนวน 121 ราย³ ซึ่งภาวะไข้สูง ทำให้การเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น เกิดผลเสียต่อเซลล์เป็นอย่างมากโดยทุกๆ 1°C ของอุณหภูมิร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10^4 (Celik S et al., 2011) ทำให้เกิดความร้อนเพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลให้อัตราการเสียน้ำของร่างกายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 1^3 ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วน Hypothalamus ลดลง ทำให้ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิไม่สามารถควบคุมความสมดุลของการผลิตความร้อน และการระบายความร้อนได้ ทำให้อุณหภูมิสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่ออุณหภูมิสูงกว่า 41°C Parenchyma ของเซลล์จะถูกทำลาย เกิดเป็นวงจรต่อเนื่องก่อให้เกิดการการทำลายเซลล์อย่างต่อเนื่องด้วย และถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 43°C เซลล์ของระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) จะถูกทำลาย ซึ่งเป็นอันตรายทำให้หมดสติ⁵

ดังนั้นการลดอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะสามารถลดความรุนแรงของการทำลายเซลล์สมอง และอันตรายที่คุกคามถึงแก่ชีวิต โดยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บแต่เดิม มีวิธีที่แตกต่างกัน ต่างคนต่างปฏิบัติ มีความหลากหลาย ไม่มีการระบุอุณหภูมิที่ชัดเจนในการจัดการภาวะไข้ ซึ่งการเลือกวิธีการลดไข้วิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการลดไข้ ดังนั้นการที่ไม่มีเกณฑ์ในการระบุอุณหภูมิที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยที่มีไข้ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ พยาบาลอาจจัดการลดไข้โดยให้ยาลดไข้อย่างเดียว หรือในบางคนอาจให้ยาลดไข้ร่วมกับการประคบเย็น จึงมีผลทำให้ไข้ไม่ลดลง หรือบางคนมีอาการสั่น (shivering) ตามมา ดังนั้น เพื่อให้มีแนวปฏิบัติที่ใช้เป็นแนวทางการดูแลร่วมกัน ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากภาวะไข้ จึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เรื่องการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัย ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะไข้สูง

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ
2. เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ

กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)⁶ มี 7 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการ

แก้ไข 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยเฉพาะทีมสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3) กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บ 4) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวทางของ The Joanna Briggs Institute⁷ 5) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ AGREE II⁸ 6) นำร่องการใช้กับผู้ป่วย 7) ประเมินผลการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหาในการพัฒนา จากการรวบรวมข้อมูลสถิติเดือน มกราคมถึงมีนาคมปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุมีไข้จำนวน 1,080 ครั้ง และใน 3 วันแรกมีไข้สูงกว่า 38.5 ° c จำนวน 121 ครั้ง พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ผ่านมายังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ชัดเจน ต่างคนต่างปฏิบัติ ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน มีความหลากหลาย หรือไข้ไม่ลดลง จึงกำหนดประเด็นในการศึกษา คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ

2) กำหนดกลุ่มพยาบาลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี และมีความสามารถในการสืบค้น วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์) จำนวน 1 คน รวมจำนวน 3 คน

3) กำหนดวัตถุประสงค์ คือ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ และกลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุซึ่งเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลระหว่างวันที่

1 – 30 กันยายน 2560 จำนวน 10 คน ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

4) สืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

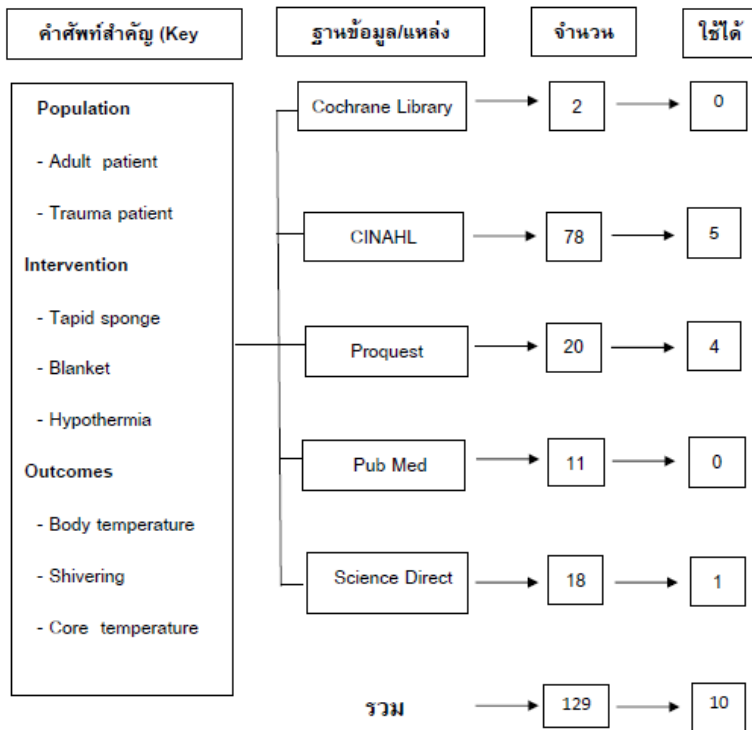
4.1 ใช้กรอบแนวคิด PICO⁹ ในการคัดเลือกงานวิจัย และใช้ The Joanna Briggs Institute guides⁷ ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Joanna Briggs Institute, 2013)

ระดับความน่าเชื่อถือ	รายละเอียดหลักฐาน
Level 1 – Experimental designs	Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs) Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs Level 1.c – RCT Level 1.d – Pseudo-RCTs
Level 2 – Quasi-experimental designs	Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental studies and other lower study designs Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study
Level 3 – Observational – Analytic designs	Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs Level 3.c – Cohort study with control group

ระดับความน่าเชื่อถือ	รายละเอียดหลักฐาน
	Level 3.d – Case-controlled study
	Level 3.e – Observational study without control group
Level 4 – Observational – Descriptive studies	Level 4.a – Systematic review of descriptive studies
	Level 4.b – Cross-sectional study
	Level 4.c – Case series
	Level 4.d – Case study
Level 5 – Expert opinion and Bench research	Level 5.a – Systematic review of expert opinion
	Level 5.b – Expert consensus
	Level 5.c – Bench research/single expert opinion

4.2 การทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) เช่น CINAHL, Proquest, Sciencedirect, Pub Med, Cochrane ได้งานวิจัยทางการแพทย์ที่ตรงประเด็น จำนวน 10 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2a, 2d, 4a และ 5b ตามลำดับ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

5) ยกร่างแนวปฏิบัติ โดยกลุ่มพยาบาลผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ จำนวน 3 คน ผู้จัดทำรวบรวมข้อมูลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ จากหลักฐานเชิงประจักษ์นำเสนอต่อทีมพัฒนาและคัดเลือกข้อเสนอแนะที่ดีที่สุด และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านศาสตร์ และอุบัติเหตุในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อประเมินผลด้านคุณค่าของแนวปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) The AGREE II⁸

ดังตารางที่ 2 นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขดังนี้ ในระยะการพยาบาลเพื่อการลดไข้ ยังไม่มีการระบุอุณหภูมิที่ชัดเจนในการจัดการภาวะไข้ ผู้จัดทำจึงได้ทำการทบทวนงานวิจัยของ Chiumello¹⁰ และได้ข้อสรุปของระดับอุณหภูมิที่ชัดเจน จัดประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ การประเมินคุณสมบัติเบื้องต้นของแนวปฏิบัติของทีมสุขภาพ และขอความร่วมมือในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำแนวปฏิบัติ

ตารางที่ 2 ข้อสรุปที่ได้จาก AGREE II

หมวด	เปอร์เซ็นต์
หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	82.22
หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	86.11
หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	80.00
หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	82.77
หมวด 5 การนำไปใช้	84.58
หมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	79.16
ภาพรวม	85.00

6) นำแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่พัฒนาขึ้น ไปนำร่องใช้กับพยาบาลประจำการ จำนวน 10 คน ที่ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ระหว่างวันที่ 1 – 30 กันยายน 2560 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 คน หาดัชนีความเที่ยงตรงรายข้อ (Item content validity, CVI)¹¹ ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อเท่ากับ 1 (Item CVI = 1.0) ทุกข้อ

7) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้แบบบันทึกการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ (Performance Check List : PCL) ประกอบด้วย 3 หมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินภาวะไข้ จำนวน 3 ข้อ หมวดที่ 2 การพยาบาลเพื่อการลดไข้ จำนวน 5 ข้อ หมวดที่ 3 การประเมินภายหลังการลดไข้ จำนวน 2 ข้อ รวม 10 ข้อ ดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินภาวะไข้ จำนวน 3 ข้อดังนี้¹²

- 1) การเลือกใช้ปรอท และตำแหน่งที่วัดอุณหภูมิควรเหมือนกัน
ทุกครั้ง
- 2) เวลาในการประเมินภาวะไข้ ได้แก่
 - วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก และ
เมื่อมีไข้
 - วัดอุณหภูมิทุก 8 ชั่วโมง ในเวลา 6.00 น. 14.00 น. และ
22.00 น. ในรายที่ไม่มีไข้

3) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไข้ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ มีอาการหนาวสั่น และซึมลง

หมวดที่ 2 การพยาบาลเพื่อการลดไข้ จำนวน 5 ข้อ^{13,14,15}

- 1) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้มากที่สุด โดยลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นเพื่อลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์
- 2) ไม่ใส่เสื้อผ้าที่หนาหรือห่มผ้าหนาๆ ให้ผู้ป่วย
- 3) จัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก โดยอาจใช้พัดลมหรือเครื่องปรับอากาศ เพื่อช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกายตามความต้องการของผู้ป่วย

4) เมื่อมีไข้ ปฏิบัติการลดไข้โดย

- $BT \geq 38^{\circ}C$ ให้ยาลดไข้ ร่วมกับประคบ cold pack
- $BT \geq 38.5^{\circ}C$ ให้ยาลดไข้ ร่วมกับเช็ดตัวลดไข้
- $BT \geq 39.5^{\circ}C$ ให้ยาลดไข้ ร่วมกับการใช้เครื่องทำ

ผ้าห่มน้ำเย็น

หมายเหตุ : การให้ยาลดไข้ ให้เมื่อไม่มีข้อจำกัดทางการรักษา

5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 3 ลิตร
ต่อวัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

หมวดที่ 3 การประเมินภายหลังการลดไข้ จำนวน 2 ข้อ

- 1) ประเมินอุณหภูมิภายหลังให้การพยาบาลลดไข้ 30 นาที
- 2) ลงบันทึกอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ อาการไม่สุขสบายจาก

ภาวะไข้ ภายหลังการจัดการลดไข้

สรุปและการอภิปรายผล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำใช้นา
ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ

ส่วนที่ 1 ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ใน
ผู้ป่วยบาดเจ็บ ทำให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ
จำนวน 10 ข้อ และมี 3 หมวด คือ หมวด 1 การประเมินภาวะไข้ (จำนวน 3 ข้อ)
หมวดที่ 2 การพยาบาลเพื่อการลดไข้ (จำนวน 5 ข้อ) หมวดที่ 3 การประเมินภายหลัง
การลดไข้ (จำนวน 2) ข้อ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้พัฒนาขึ้นนี้ พัฒนาขึ้น
จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือ จำนวน 10 เรื่อง
ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2017 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด NHMRC⁶
พบว่า สามารถนำไปปฏิบัติได้ในหน่วยงาน ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำใช้นา
แนวปฏิบัติฯของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาถึงคุณค่าของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ The AGREE II ผลการประเมินแนวปฏิบัติฯในภาพรวม ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ให้คะแนนคุณภาพตรงกัน และผลจากการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 คน พบมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์สูง ระหว่างร้อยละ 85 ซึ่งคะแนนที่ประเมินโดยใช้ AGREE ในแต่ละ ขอบเขตที่มากกว่าร้อยละ 60 ถือว่าแนวปฏิบัติฯนั้นมีคุณภาพ และนำไปปฏิบัติได้

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯมาใช้ พบว่าความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำ แนวปฏิบัติฯไปใช้ของทีมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean=98.00) อย่างไรก็ตาม มีผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ บางส่วนมีข้อคิดเห็น ดังนี้ คือ

หมวดที่ 1 การประเมินภาวะไข้ มีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก อธิบายได้ว่าการวัดอุณหภูมิทุก 12 ชั่วโมง ของการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บเป็นการวัดไข้ในช่วงที่ห่างเกินไป ผู้ป่วยบาดเจ็บอาจมีการเปลี่ยนแปลงของระดับอุณหภูมิได้ จากการติดเชื้อ หรือการบาดเจ็บของอวัยวะภายในร่างกาย จึงปรับเป็นวัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก และวัดอุณหภูมิทุก 8 ชั่วโมง ในรายที่ไม่มีไข้

หมวดที่ 2 ในระยะการพยาบาลเพื่อการลดไข้ ทีมสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติฯมีความเห็นว่า เมื่อมีไข้มากกว่า 38 °C ในการจัดการภาวะไข้ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ มีการให้การพยาบาลที่แตกต่างกัน ต่างคนต่างปฏิบัติ ไม่มีการระบุอุณหภูมิที่ชัดเจนในการจัดการภาวะไข้ ดังนั้นผู้พัฒนาแนวปฏิบัติฯเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ จึงได้ทบทวนงานวิจัยของ Chiumello⁸ พบว่า เมื่ออุณหภูมิ มากกว่าหรือเท่ากับ 38 °C มีการจัดการกับภาวะไข้ โดยการให้ยาลดไข้ร่วมกับประคบ cold pack เมื่ออุณหภูมิ มากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 °C ให้ยาลดไข้ ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ เมื่ออุณหภูมิ มากกว่าหรือเท่ากับ 39.5 °C ให้ยาลดไข้ร่วมกับการใช้เครื่องทำผ้าห่มน้ำเย็น และนำมาปรับใช้กับแนวปฏิบัติฯนี้ พบว่าภายหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติที่ปรับเปลี่ยนนี้ทีมสุขภาพสามารถ

ปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ถูกต้อง อุณหภูมิภายหลังการลดไข้ลดลง ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลนี้ได้ชี้แจงขั้นตอนในที่ประชุม อีกทั้งมีคู่มือการใช้แนวปฏิบัติฯ มีขั้นตอน การใช้กำหนดไว้ชัดเจนครอบคลุมกระบวนการพยาบาลเพื่อการลดไข้

หมวดที่ 3 การประเมินภายหลังการลดไข้ พบว่า ทีมสุขภาพผู้ใช้แนว ปฏิบัติฯ ทุกคน หรือ ร้อยละ 100 มีความเห็นว่า ทุกข้อนำไปใช้ได้ทั้งหมด และเห็นว่า ภายหลังการลดไข้แล้ว ควรมีการประเมินอุณหภูมิ และลงบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อได้รับการดูแลต่อเนื่อง และแก้ไขต่อเมื่อได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติแล้วใช้ ไม่ลดลง ส่วนด้านความพึงพอใจของ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ อยู่ใน ระดับมาก (mean= 98.00) เป็นเพราะแนวปฏิบัติฯ พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง ที่สามารถนำไปใช้ได้ง่าย และกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ มี ส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับบริบทของ หน่วยงาน ทำให้กลุ่มผู้ใช้มีความเห็นว่า ทุกข้อมีความง่ายต่อการปฏิบัติชัดเจน ถูกต้อง ตรงประเด็นเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติ และส่งผลให้มีความพึงพอใจในแนว ปฏิบัติฯ ได้ อย่างไรก็ตามควรนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง และศึกษาประสิทธิผลของการ นำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บในกลุ่มตัวอย่างที่ หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น และเพื่อศึกษาว่าผู้ปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตาม แนวปฏิบัตินั้นได้มากน้อยเพียงใด อุณหภูมิของผู้ป่วยภายหลังการจัดการลดไข้มีการ เปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านการปฏิบัติ หน่วยงานควรมีการพัฒนาและนำใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ และควรมีการฝึกอบรมพยาบาล รวมทั้ง ผู้ช่วยพยาบาล ให้มีความรู้ความเข้าใจแนวปฏิบัติเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามแนวปฏิบัติฯ เพื่อผลลัพธ์การดูแลที่ดีต่อ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อไป

2) ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำใช้นาโนวัสดุเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บอื่นๆที่มีภาวะไข้ต่อไป

ข้อจำกัดในการนำนาโนวัสดุไปใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่พัฒนาขึ้นนี้ ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ ในกรณีให้ยาลดไข้ หรือในกรณีที่มีคำสั่งการรักษาที่มีการให้ยาลดไข้ตามเวลาอยู่ การให้การพยาบาลโดยใช้การประคบเย็น เช็ดตัวลดไข้ หรือใช้เครื่องทำผ้าห่มเย็น ตามอุณหภูมิที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติฯ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.เอมอร แสงศิริ หัวหน้าศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล พยาบาล และเจ้าหน้าที่ตึกมงกุฎ-เพชรรัตนชั้น 3 ทุกท่าน ที่สนับสนุนงานพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ

เอกสารอ้างอิง

1. Barker E. **Neuroscience Nursing: A Spectrum of Care**. 3rd ed. Missouri: Elsevier; 2008.
2. Hay AD, Redmond NM, Costelloe C, Montgomery AA, Fletcher ME, Hollinghurst S, Peters TJ. Paracetamol and ibuprofen for the treatment of fever in children: the PITCH randomized controlled trial. **Health Technology Assessment** 2009; 13(27): 239-244.
3. The data of Mongkut Petcharat 3rd Floor, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Vital sign record 2017; (Unpublished) (In Thai)
4. Celik S, Yildirim I, Arslan I, Yildirim S, Erdal F, Yandi Y. Hemodynamic and oxygenation changes in surgical intensive care unit patients with fever and fever lowering nursing interventions. **International Journal of Nursing Practice** 2011; 17: 556-61.
5. Hilaire J, Sarah H. Clinical management of fever by nurses: doing what works. **Journal of Advanced Nursing** 2011; 67(2): 359-70.
6. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. Guideline for the Development and Implementation of Clinical Practice Guideline. Available from: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publication/information-guideline-developers>.
7. The Joanna Briggs Institute. New JBI Levels of Evidence. Level of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013. Available from: www.Joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php
8. The Agree Research Trust. **The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II** 2009. Update September 2013; from <http://www.agreetrust.org/>
9. Overholt E, Johnson L. Teaching EBP: Asking searchable, answerable clinical questions. **Worldviews on Evidence-Based Nursing** 2005; 2(3): 157-60.
10. Chiumello D, Gotti M, Vergani G. Paracetamol in fever in critically ill patients-an update. **Journal of Critical Care** 2017; 38: 245-52.
11. Denise F, Cheryl T. **Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice**. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
12. Davie A, Amooore J. Best practice in the measurement of body temperature. **Nursing Standard** 2010; 24: 42-9.
13. Daniel J, Caroline, Henry T, Stelfox, Kevin B. Fever in the critically ill: A review of epidemiology, immunology, and management. **Journal of Intensive Care Medicine** 2012; 27: 290-7.

14. Jefferies S, Weatherall M, Young P, Beasley R. A systematic review of the accuracy of peripheral thermometry in estimating core temperatures among febrile critically ill patients. **Critical care and resuscitation** 2011; 13: 194-9.
15. Panagiotis K, Diamanto A, Nick B, Irini K, Chris M, George I. Fever effects and treatment in critical care: Literature review. **Australian Critical Care** 2013; 26: 130-5.

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Management of Fever in Trauma Patients

Wanna Jindapern¹, MSN (Adult Nursing)

Sririwan Kuawiriyapan², MSN (Adult Nursing)

Panor Tubtimtong³, MSN (Adult Nursing)

Abstract: This study aimed to develop clinical nursing practice guideline (CNPG) for management of fever in trauma patients of King Chulalongkorn Memorial Hospital. Related evidences were retrieved and synthesized resulting in CNPG based on 10 nursing research studies. The CNPG was assessed by 3 experts using AGREE II instrument with the content validity index (CVI) of 1.0. Data were collected from 10 trauma patients during 1- 30 September 2017. Results of the development were: 1) The CNPG was comprised of 10 items divided into three categories: Category I, the assessment of fever (3 items); Category II, nursing care for reducing fever (5 items); and Category III, the evaluation after reducing fever (2 items); 2) The evaluation of the quality of the CNPG using AGREE II showed high scores indicating the quality of the CNPG; 3) The feasibility of the CNPG indicated that the CNPG was at a good level; 4) The implementation of the CNPG by the healthcare team was found at a good level. It is suggested that the CNPG was effective. However, it should be tested in the larger group of trauma patients.

Keywords: clinical nursing practice guideline (CNPG), management of fever, trauma patients

ประวัติตึกจักรพงษ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

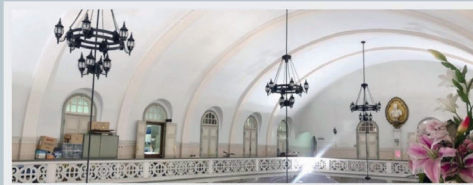
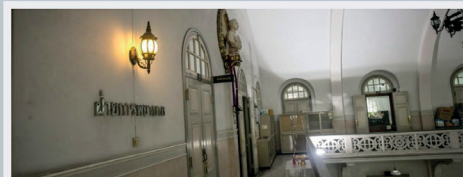
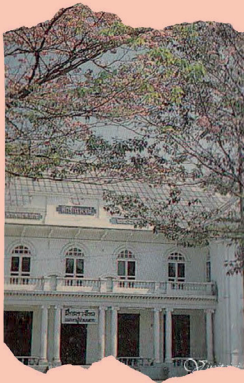
จอมพล สมเด็จพระอนุชาธิราช เจ้าฟ้าจักรพงษ์ภูวนาถ กรมหลวงพิษณุโลกประชานาถ (3 มีนาคม พ.ศ. 2426-13 มิถุนายน พ.ศ. 2463) ทรงเป็นต้นราชสกุล “จักรพงษ์” เป็นพระราชโอรสองค์ที่ 40 ในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และองค์ที่ 4 ในสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ พระพันปีหลวง และทรงเป็นสมเด็จพระอนุชาธิราช ในพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว พระองค์ มีพระปรีชาสามารถในหลายด้าน ได้ทรงกระทำความคุณประโยชน์ในการสร้างความเจริญของกองทัพไทย และส่วนราชการอื่น ๆ หลายแห่ง พระองค์ยังได้เป็นผู้กำกับการก่อสร้างสถานที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นที่ตั้งของสภากาชาดไทย ทรงมีส่วนริเริ่มในการก่อตั้งสภากาชาดไทย และทรงดำรงตำแหน่ง อุปนายกผู้อำนวยการสภากาชาดไทยพระองค์แรก ทรงดำรงวาระเป็นการ และสร้างความเจริญให้แก่สภากาชาดโดยรอบด้าน อันเป็นประโยชน์ในการเกื้อกูลประชาชนซึ่งเจ็บไข้ได้อย่างดีต่อไป

ตึกจักรพงษ์ สร้างขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2466 ด้วยเงินบริจาคของพระบรมวงศานุวงศ์ พ่อค้า ข้าราชการและประชาชน เพื่อให้เป็นอนุสาวรีย์เชิดชูเกียรติคุณของเจ้าฟ้าจักรพงษ์ภูวนาถ กรมหลวงพิษณุโลกประชานาถ ซึ่งได้เสด็จทิวงคต โดยสภากาชาดไทยได้มีการประกาศแจ้งความไปยังมณฑลหัวเมืองต่าง ๆ เพื่อชักชวนประชาชนร่วมกันบริจาคทรัพย์บำเพ็ญกุศลถวายด้วยสิ่งอันเป็นสาธารณประโยชน์ ในการสร้างตึกจักรพงษ์นั้น นายเอ็ดเวิร์ด ฮีลีย์ (Mr. Edward Healey) สถาปนิกชาวอังกฤษผู้มีผลงานออกแบบ วังเทเวศรม (Devaves) และ อาคารมหาจุฬาลงกรณ์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้ออกแบบ และพระยาศิลปศาสตร์โสภิต (E.G. Gollo) ชาวอิตาเลียน ผู้มีผลงานออกแบบพระที่นั่งอนันตสมาคม เป็นวิศวกรคุมการก่อสร้าง เมื่อแล้วเสร็จ ได้ทำการเปิดตึกเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2466 ลักษณะเป็นอาคารทรงยุโรป แต่ได้ประยุกต์เป็นอาคารสำหรับเมืองร้อน เป็นตึกขนาดใหญ่ 2 ชั้น มีจุดมุ่งหมายจะสร้างในแนวเดียวกับตึกอำนวยการเพื่อใช้เป็นสถานที่ในการตรวจและจ่ายยาแก่นักไข้ในขณะนั้น

ครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์ของตึกจักรพงษ์ พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว พระบรมราชูปถัมภก สภากาชาดสยาม เสด็จพระราชดำเนิน พร้อมด้วยสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินี มาทรงเยี่ยม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดสยาม เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2469 ในการนี้ สมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า (พระองค์เจ้าสว่างวัฒนา หรือ พระมเหสีในรัชกาลที่ 5) องค์สภานายิกา สภากาชาดสยาม ได้เสด็จพระราชดำเนินมาทรงรับเสด็จ พร้อมด้วย คณะกรรมการสภากาชาดสยาม ที่ตึกจักรพงษ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประวัติศาสตร์ได้จารึกไว้อีกครั้ง เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2480 สมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า องค์สภานายิกา สภากาชาดสยาม ได้จัดเลี้ยงอาหารค่ำ แก่คณะกรรมการสภากาชาดสยาม ณ ตึกจักรพงษ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พยาบาลสภากาชาดไทย มีความผูกพันกับ ตึกจักรพงษ์ นับเป็นศูนย์รวมจิตใจในการให้ความช่วยเหลือประชาชนในสถานการณ์ต่างๆ และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ของพยาบาลสภากาชาดไทย นับแต่อดีต ปี พ.ศ. 2534 จนถึงปัจจุบัน





Book author team'2019





Behind the scenes

