



สรุป ประเด็นจากการ KM : การป้องกันการเกิดPHLEBITIS

วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ห้องประชุม ฉบับ 14



1.SITE PIV SELECTION

1. พิจารณาตำแหน่งทางเส้น & เลือกการใช้ประเภทของเส้นและหาคนทางเส้นที่เหมาะสม

- หลีกเลี่ยงบริเวณขา ข้อมือ ข้อเท้า ข้อพับ ที่มีการเคลื่อนไหวบ่อย
- ทางตำแหน่ง lower extremity ขึ้นไป
- กรณีผู้ป่วยหาเส้นยากมีการส่งต่อข้อมูลและกำหนดไม่ให้แทงเกิน 2 ครั้ง/คน ให้แทงเส้นโดยผู้มีความชำนาญกว่า (expert) พิเศษทั่วไป 1
- consultแพทย์ ใช้เครื่อง U/S หาเส้น (SICU)
- นิเทศ RN ใหม่ในการเลือกตำแหน่งในการแทงเข็ม (PMCU, SICU)
- ไม่แทงเส้นบริเวณที่มีการบาดเจ็บ /มีข้อห้ามในการแทงหลอดเลือด
- ป้ายบอกที่ชัดเจนในกรณีห้ามเจาะเลือด ทาง PIV



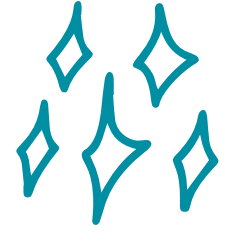
2. เลือกเข็มให้สารน้ำ (catheter) ให้เหมาะกับวัตถุประสงค์ของการให้สารน้ำ โดยต้องมีขนาดเล็กกว่าหลอดเลือด

- กรณีที่ใช้ยาและสารน้ำที่ไม่มีความหนืดมากพิจารณาให้ใช้เบอร์ 24 (กรณีที่ใช้ขนาดหลอดเลือดเล็กมากให้ใช้เบอร์ 26)
- กรณีผู้ป่วยบาดเจ็บ (Trauma) หรือต้องการให้สารน้ำอย่างรวดเร็วหรือฉีดสารทึบแสง พิจารณาใช้เข็มเบอร์ใหญ่ เบอร์ 18-20 ตามวัตถุประสงค์การใช้งาน และต้องพิจารณาถอดเข็มเมื่อหมดข้อบ่งชี้ทันที ไม่คาเส้นไว้

3. กรณีผู้ป่วยขวม หาเส้นยาก : เลือกตำแหน่งเส้นที่มองเห็นชัดเจนที่สุด & พิจารณาหาเส้นด้วยการใช้ U/S Guide

4.กรณีผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวบ่อย : ใช้อุปกรณ์ไม่ตามเพื่อ fix ตำแหน่ง PIV

5.ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ลดความเครียดของผู้ป่วยขณะแทงเข็ม ลดความกลัวที่จะทำให้เกิด Vasoconstrict



2.การ CLEAN ก่อนแทงเส้น/เทคนิค ANTT

- เลือกสวมถุงมือขนาดพอดีมือ
- Scrub with friction เช็ดจนสะอาด จนสีไม่ดำ
- วิธีการเช็ดทำความสะอาดโดยเช็ดให้กว้างพอสำหรับ Transporent Dressing ที่จะปิด Site PIV
- ต้องรอให้ผิวแห้งแฉงก่อนแทงเส้น
- เพิ่มถาดสำหรับวางอุปกรณ์สำหรับแทง IV (CCU,CVT)
- มีฝ้ายรองเวลาแทงเส้น ทำความสะอาดก่อนและหลังแทงเส้น
- มีสายรัดเจาะเลือด tourniquet ประจำเตียง (MICU)





สรุป ประเด็นจากการ KM : การป้องกันการเกิดPHLEBITIS

วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ห้องประชุม ลบ 14



1.SITE PIV SELECTION

1. พิจารณาตำแหน่งทางเส้น & เลือกการใช้ประเภทของเส้นและหาคนทางเส้นที่เหมาะสม

- หลีกเลี่ยงบริเวณขา ข้อมือ ข้อเท้า ข้อพับ ที่มีการเคลื่อนไหวบ่อย
- ทางตำแหน่ง lower extremity ขึ้นไป
- กรณีผู้ป่วยหาเส้นยากมีการส่งต่อข้อมูลและกำหนดไม่ให้แทงเกิน 2 ครั้ง/คน ให้แทงเส้นโดยผู้มีความชำนาญกว่า (expert) พิเศษทั่วไป 1
- consultแพทย์ ใช้เครื่อง U/S หาเส้น (SICU)
- นิเทศ RN ใหม่ในการเลือกตำแหน่งในการแทงเข็ม (PMCU, SICU)
- ไม่แทงเส้นบริเวณที่มีการบาดเจ็บ /มีข้อห้ามในการแทงหลอดเลือด
- ป้ายบอกที่ชัดเจนในกรณีห้ามเจาะเลือด ทาง PIV



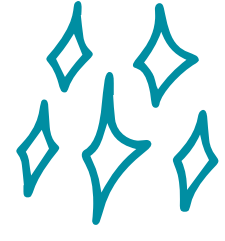
2. เลือกเข็มให้สารน้ำ (catheter) ให้เหมาะกับวัตถุประสงค์ของการให้สารน้ำ โดยต้องมีขนาดเล็กกว่าหลอดเลือด

- กรณีให้ยาและสารน้ำที่ไม่มีความหนืดมากพิจารณาให้ใช้เบอร์ 24 (กรณีที่มีขนาดหลอดเลือดเล็กมากให้ใช้เบอร์ 26)
- กรณีผู้ป่วยบาดเจ็บ (Trauma) หรือต้องการให้สารน้ำอย่างรวดเร็วหรือฉีดสารทึบแสง พิจารณาใช้เข็มเบอร์ใหญ่ เบอร์ 18-20 ตามวัตถุประสงค์การใช้งาน และต้องพิจารณาถอดเข็มเมื่อหมดข้อบ่งชี้ทันที ไม่คาเส้นไว้

3. กรณีผู้ป่วยขวม หาเส้นยาก : เลือกตำแหน่งเส้นที่มองเห็นชัดเจนที่สุด & พิจารณาหาเส้นด้วยการใช้ U/S Guide

4.กรณีผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวบ่อย : ใช้อุปกรณ์ไม่ตามเพื่อ fix ตำแหน่ง PIV

5.ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ลดความเครียดของผู้ป่วยขณะแทงเข็ม ลดความกลัวที่จะทำให้เกิด Vasoconstrict



2.การ CLEAN ก่อนแทงเส้น/เทคนิค ANTT

- เลือกสวมถุงมือขนาดพอดีมือ
- Scrub with friction เช็ดจนสะอาด จนสีไม่ดำ
- วิธีการเช็ดทำความสะอาดโดยเช็ดให้กว้างพอสำหรับ Transporent Dressing ที่จะปิด Site PIV
- ต้องรอให้ผิวแห้งแฉงก่อนแทงเส้น
- เพิ่มถาดสำหรับวางอุปกรณ์สำหรับแทง IV (CCU,CVT)
- มีฝ้ายรองเวลาแทงเส้น ทำความสะอาดก่อนและหลังแทงเส้น
- มีสายรัดเจาะเลือด tourniquet ประจำเตียง (MICU)





สรุป ประเด็นจากการ KM : PHLEBITIS



วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ห้องประชุม ฉบับ 14

3. การ PATENT ป้องกันเส้น CLOT

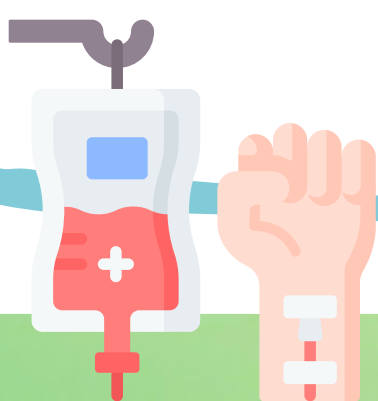
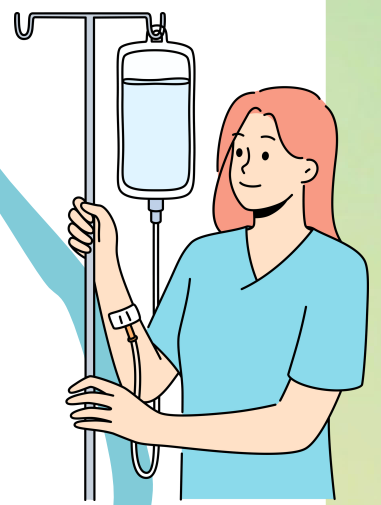
1. ป้องกันเส้น clot / ป้องกัน Mechanical Phlebitis

- Flushing โดยใช้ เทคนิค PUSH and PAUSE ด้วย NSS 10 ml เส้น IV ที่ว่าง ทุก 6 ชั่วโมง หรือหลังให้ยาเสร็จ
- locking โดยใช้เทคนิค slow push ด้วยใช้ Heparin (1:20) 2 ml (ข.พิเศษทั่วไป 2)
- locking ใช้เทคนิค slow push ด้วย NSS 2 ml
- ใช้ needleless with extension with three way, โดยจะ clamp ใกล้ผู้ป่วยมากที่สุด
- บันทึกในkardex ทุกเวอร์และทุกครั้งที่มีการให้ยา, สารน้ำ หรือtest เส้น เพื่อส่งเวรต่อ
- ระวังไม่ให้สาย IV ละหรือลากที่พื้น
- เทคนิคการติด strap เทปพลาสติกด้วย Micropore & ใช้ Chevron technique
- ในกลุ่มเด็ก ใช้ไม้ดามเพื่อ fix และลดการเคลื่อนไหวของ PIV

4. การบริหารยาเสี่ยงสูงเพื่อ ป้องกันภาวะ PHLEBITIS

Cordarone

- Conc. ผสม (1:1) กรณีจำกัดน้ำ ผสม (1.5:1)
- ใช้ Inline filter (432 บาท) เปลี่ยนทุก 4 วัน
- ประเมินเส้น ทุก 1 ชม. ขณะ on cordarone
- สลับตำแหน่งที่ on ทุก 6 ชม. (insert 2 เส้น)
- ทำฝั่งเส้นหลอดเลือดดำไว้ที่เตียงผู้ป่วย
- ไม่ให้ยาอื่นทางเส้นที่เคยให้ cordarone ปิดป้ายห้ามให้ยาอื่น (visual control)
- ทาไขมันงาบริสุทธิ์ เหนือตำแหน่งที่แทงเข็ม 10 cm. ทุก 6 ชม พร้อมเปลี่ยนตำแหน่งเส้น
- Peripheral ที่ให้ cordarone ให้ไม่เกิน 24 ชม.
- กรณี off ยา off catheter ไปเลย
- เทคนิคการ off ไล่สายด้วย NSS 10 ml ก่อน และกดเหนือปลาย Catheter (ไม่กดตรงตำแหน่ง catheter) หลังเลือดหยุด ปิดด้วย tegaderm
- ประเมินตำแหน่งนั้น ทุก 8 ชม. จนครบ 72 ชั่วโมง หลัง off





สรุป ประเด็นจากการ KM : PHLEBITIS

3

วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ห้องประชุม ฉบับ 14

4. การบริหารยาเสี่ยงสูงเพื่อ ป้องกันภาวะ PHLEBITIS

Dobutamine

1. Conc. (2:1)
2. สลับเส้นทุก 4 ชม. (insert 2 เส้น)
3. ประเมินเส้น ทุก 1 ชม.
4. ไม่ให้ยาอื่นทางเส้นที่เคยให้ dobutamine
5. ให้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมสังเกต



Nicardipine

- การผสมยา Peripheral ความเข้มข้นไม่เกิน 1mg/10ml และบริหารยาผ่าน infusion pump/syringe pump
- ประเมินและบันทึกตำแหน่งให้ยาทุก 1 ชั่วโมง และเปลี่ยนทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
- หลัง off เส้นมีการประเมินต่อเนื่องถึงที่ 48 ชั่วโมง => SRCU , 72 ชั่วโมง => NT- ICU รวมถึงมีการบันทึกใน Kardex เพื่อส่งต่อข้อมูลในเวรต่อไป
- เทคนิคการ off เส้น โดยใช้ gauze แทนสำลี => NT- ICU
- เปลี่ยนตำแหน่งให้ยาทุก 6 ชั่วโมง => NT- ICU, เปลี่ยนตำแหน่งทุก 12 ชั่วโมง => SRCU





สรุป ประเด็นจากการ KM : PHLEBITIS

4

วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ห้องประชุม จบ 14

4. การเตรียมความพร้อม ก่อนบริหารยาเสี่ยงสูง

- ให้ออกซิเจนผู้ป่วยและญาติ
- เลือกตำแหน่งทางเส้นที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงข้อต่อที่มีการเคลื่อนไหว และไม่มีบาดแผล
- ติด Tegaderm ที่สามารถมองเห็นตำแหน่งทางเข็มได้ชัดเจน
- ทดสอบเส้นก่อนให้ยาทุกครั้งด้วย NSS 5 ml
- ใช้ Catheter No.24 ในกรณีไม่มี contra-indication (เลือด เส้นเลือด ใหญ่ เริ่มจากแขนส่วนปลาย ไม่เอาข้างที่อ่อนแรง on shunt หรือ ผ่าตัด mastectomy)
- มีการสลับการใช้เส้นให้ยาทุก 8 ชม.(เกือบทุกขอผู้ป่วย) , 6 ชม.(post cath)
- ใช้ infusion pump/syringe pump ทุกครั้ง ในการบริหารยาเสี่ยงสูง



- มีการใช้ Inline filter ในการใช้ยากลุ่มเสี่ยง เช่น Lipid อาจไม่ได้ใช้ทุก เคสเนื่องจากมีค่าใช้จ่าย (NICU)
- สำหรับ Vancomycin ต้องให้มากกว่า 2 hr concentrate 5-10 mg/ml (NICU)
- (นรีเวช)ในการให้ยาบางชนิดตามข้อตกลงของขอผู้ป่วย จะเปลี่ยน ตำแหน่งเส้นทุก 24 ชม. เช่น SMOF kabiven , chemo เป็นต้น และยา ตามข้อตกลงของขอผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยน IV site ทุก 8 hr เช่น Levophed
- มีใบ check list ยา HAD เช่น 3% NaCl ตำแหน่งที่ให้ยา ทุก 2 hr และ บันทึกลงใน Kardex (Neuro)



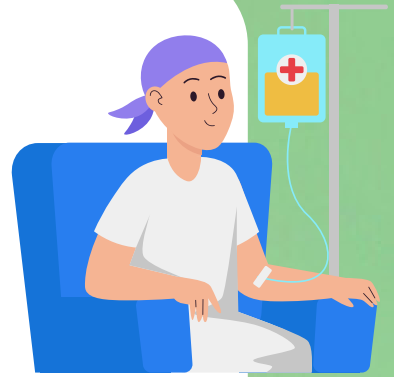


สรุป ประเด็นจากการ KM : PHLEBITIS

5

วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ห้องประชุม ฉบับ 14

5.การประเมินPOST INFUSION PHLEBITIS หลัง OFF เส้น 48 HR



- มีการประเมิน phlebitis ทุกเวรโดยทีม lead บันทึกใน Kardex
- บันทึกตำแหน่ง ชนิดของสารน้ำ/สารอาหาร/ยา ขนาดของเข็ม
วันที่/เวลาที่เริ่มให้ สาเหตุการ off
เช่น ตำแหน่ง... วันที่/เวลาที่ off --> ครบประเมิน 48 hr วันที่/เวลา
mark ตำแหน่ง off เส้น
- บันทึกใน kardex และจัดทำแบบบันทึกของผู้ป่วยโดยบันทึกตำแหน่ง
ที่ on IV line ทุกเวรว่ามีการเกิด phlebitis หรือไม่และหากเกิดเป็น
ระดับไหน หากมีการ off IV line จะลงบันทึกว่า off IV line วัน
ไหน มีการ obs. 48hr หลังจาก off IV line โดยบันทึกในkardex
และใช้สำลีแห้งปิดด้วย micropore พร้อมระบุเวลาครบ obs
(รื้อตะ 9, SRCU)
- มีการบันทึกใน chart ของผู้ป่วย และติดตามตำแหน่งที่มี phlebitis
โดยมีการทำแบบบันทึกเป็นรูปภาพ ตำแหน่ง ที่ on IV line โดยจะ
ทำในกลุ่ม HAD (อญ)
- ในกรณีที่มีการให้ยา HAD และในรายที่ให้ยาเคมีบำบัด จะมีการ
บันทึกตำแหน่ง PIV หากเกิด phlebitis ก็มีการบันทึกตำแหน่งที่เกิด
และติดตาม (นรีเวช)





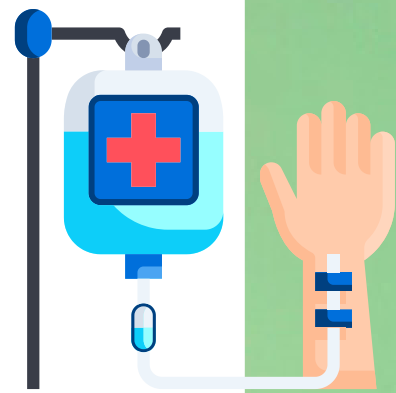
สรุป ประเด็นจากการ KM : PHLEBITIS



6

วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ห้องประชุม ฉบ 14

5.การประเมินภาวะ PHLEBITIS/EXTRAVASATION /INFILTRATION ได้อย่างถูกต้อง



- IV ธรรมดา หากเริ่มแดง/บวมจะเปลี่ยนทันที หากเป็น Kcbiven จะสลับเส้นทุกครั้งที่เปลี่ยนถุง ยาเคมีบำบัด เปลี่ยนทุก 3 วัน และเข็มที่ใช้เป็น NO.24 เท่านั้น (ฉบ 7)
- กรณีให้ยาเสี่ยงสูงจะประเมินหลังให้ก่อนที่ 30 นาที (Trauma)
- เลือกเข็มที่เล็กที่สุดหากไม่มีข้อห้าม (Trauma)
- หากให้ยา HAD/SMOF/ยาเคมีบำบัด จะแขวนป้ายเสี่ยง Phlebitis/Extravasation และประเมิน PIV ทุก 1 ชม.(ศช1)
- มีการบันทึก PIV เป็นรูปภาพ มีมือ เท้า ด้านหน้า หลังเพื่อ mark ตำแหน่งเส้น (อญ)
- หากให้ยา HAD/SMOF Kcbiven จะสลับเส้นทุก 8 ชม.และมอบหมายให้ PN/ORD ช่วยประเมินเมื่อมีการพลิกตะแคงตัว และให้ช่วยสังเกต Exit site ได้ (อญ)
- มีการบันทึกตำแหน่งที่ให้ยา เป็นรูปเส้นเลือดเพื่อระบุตำแหน่งและบันทึกว่าตำแหน่งดังกล่าวได้รับยาอะไรบ้าง เส้นใช้งานได้หรือไม่ หากเส้นไม่พร้อมใช้จะ off ทันที
- ยาที่เป็น HAD จะมีใบบันทึกโดยเฉพาะ ที่จะใช้ในการติดตามเส้นทุก 1 ชม. หากเส้นผิดปกติจะ off ทันทีและติดตามต่อจนครบ 48 ชม (CCU)
- หากเส้น PIV มีอาการบวม แดง ร้อนจะทา Repairil และติดตามอาการซ้ำ (CCU)
- เน้นให้ผู้ช่วยสังเกตอาการผิดปกติของเส้น PIV และแจ้งพยาบาล ทันที (CCU)





สรุป ประเด็นจากการ KM : PHLEBITIS

7

วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ห้องประชุม ฉบับ 14

6. การบรรเทาอาการเมื่อเกิด PHLEBITIS/EXTRAVASATION ได้อย่างเหมาะสม

กรณี Phlebitis

- ทำเครื่องหมายตำแหน่งขนาดที่เกิด
- ประคบเย็น/อุ่นตามชนิดของยาที่ได้ นาน 15-20 นาที วันละ 3-4 ครั้ง เป็นเวลา 1-3 วัน
- ถ้ากรณีประคบแล้วไม่ดีขึ้นใน 24 ชม พิจารณารายงานแพทย์เพื่อขอพิจารณาใช้ยา TA cream
- กรณีแพทย์ไม่สั่งยาทาอาจให้ญาติไปซื้อ Reparil มาทาให้ผู้ป่วย (CCU)

กรณี Extravasation

- หยุดยาหรือสารน้ำที่ให้อีกทันทีและดูดยาทิ้งให้ได้มากที่สุดโดยใช้ Extravasation kit
- ทำเครื่องหมายตำแหน่งขนาดที่เกิด
- off เจ็บโดยไม่ใช่แรงกด

