

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

แนวปฏิบัติ /วิธีการปฏิบัติ WI NUR 39500 / 66-039

เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : หอผู้ป่วย/หน่วยงานในฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่มีผลบังคับใช้/วันที่ออกเอกสารครั้งแรก

21 สิงหาคม 2566

ทบทวนครั้งที่ 1 วันที่ 21 มีค 66

ผู้จัดทำ ทีมบริหารคุณภาพบริการ ฝ่ายบริการพยาบาล

ผู้อนุมัติ

(พว. ยูพา แก้วมณี)

หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์

ป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Extubation)

นิยามศัพท์

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Extubation) หมายถึง การถอดท่อช่วยหายใจออกก่อนกำหนด จากการที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจ หรือการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในขณะที่มีการให้การพยาบาล เช่น การพลิกตะแคงตัว การอาบน้ำบนเตียง เป็นต้น

Unplanned Extubation แบ่งตามสาเหตุ ออกเป็น

1. Self -Extubation (Unintentional : Endotracheal Tube removed by Patient/Unknown)

2. Accidental Extubation (Unintentional : Endotracheal Tube removed by Provider)
3. Device Mulfunction/Obstruction (Intentional : Airway provider made a conscious decision to remove to ETT)
4. Presumed Internal Dislodgement (Intentional : Airway provider made a conscious decision to remove to ETT)

<https://www.apsf.org/article/unplanned-extubation-in-the-perioperative-environment/>

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร มีหน้าที่ มอบหมายงาน ให้ความรู้ ควบคุมกำกับ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ รวมทั้งทบทวนอุบัติการณ์กรณีไม่เป็นไปตามเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูลและร่วมหาแนวทางในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
2. พยาบาล มีหน้าที่ รับมอบหมายการปฏิบัติการพยาบาล และทำตามขั้นตอนที่กำหนด รวมทั้งประเมินความเสี่ยง และเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ และรายงานแพทย์เพื่อจัดการกรณีเกิดเหตุ
3. ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล/พนักงานช่วยการพยาบาล มีหน้าที่เป็นสมาชิกทีม ร่วม conference และช่วยป้องกันความเสี่ยง

ดัชนีตัวชี้วัด

1. อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดที่ต้องใส่ใหม่ หมายถึง จำนวนครั้งของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาแผนที่เกิดในช่วงเวลาหนึ่งโดยเมื่อหลุดแล้วต้องมีการใส่ใหม่ภายใน 24 ชั่วโมงต่อจำนวนวันที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกันคูณด้วย 1,000
2. อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไม่ต้องใส่ใหม่ หมายถึง จำนวนครั้งของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาแผนที่เกิดในช่วงเวลาหนึ่ง โดยเมื่อหลุดแล้วไม่ต้องมีการใส่ใหม่ภายใน 24 ชั่วโมง ต่อจำนวนวันที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกันคูณด้วย 1,000

การประเมินความเสี่ยง

1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ได้แก่
 - 1) Movement of the patient
 - 2) Manipulation of the endotracheal tube
 - 3) Inadequate sedation

- 4) Inadequate securement of the endotracheal tube
- 5) Lack of physical restraints
- 6) Restlessness or agitation
- 7) Delirium or confusion
- 8) Prone positioning (during surgical procedures and management of COVID-19 patients or patients with ARDS)
- 9) Absence of clear policies and procedures related to weaning
- 10) Lack of or unclear plan for extubation
- 11) Lack of adequate staffing

2. ขั้นตอนการทำงาน

แนวปฏิบัติทางการแพทย์เรื่องการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มีองค์ประกอบการปฏิบัติ 6 ด้าน ประกอบด้วย

- 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม
 - 2) การประเมินความเสี่ยงการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
 - 3) การจัดการเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
 - 4) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
 - 5) การปฏิบัติด้านความต่อเนื่องในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
 - 6) การควบคุมคุณภาพเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม
 - 1.1 กำหนดข้อบ่งชี้ สถานการณ์ หรือเหตุผลอย่างชัดเจนในการใส่ท่อช่วยหายใจ
 - 1.2 ผู้ป่วยทุกคนที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

1.3 ผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิที่จะได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมทั้งวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะคาท่อช่วยหายใจ ตลอดจนลดความวิตกกังวลและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง

1.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดต้องขออนุญาตผู้ป่วยหรือให้ญาติเซ็นยินยอม

1.5 ในกรณีสับสนไม่ให้ความร่วมมือการปฏิบัติการผูกยึดต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชน รวมทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยให้มากที่สุด โดยเลือกการผูกยึดเป็นวิธีสุดท้ายหลังจากที่ใช้วิธีการพยาบาลอื่น ๆ

2. การประเมินความเสี่ยงการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

มีการประเมินและบันทึกความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและประเมินความพร้อมในการเอาท่อช่วยหายใจออกทุกเวรก่อนการรับเวรโดยประเมินดังนี้

2.1 ประเมินความเสี่ยงที่ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

โดยประเมินภาวะ Agitation ประเมินตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ประเมินแรงดันในกระเปาะหลอดลม ประเมินความเจ็บปวดในการคาท่อช่วยหายใจ ประเมินความสุขสบายของผู้ป่วยขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

2.2 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อเตรียมเอาท่อช่วยหายใจออก

โดยอาศัยเกณฑ์ในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Prewean) โดยประเมินด้าน Clinical Parameters , Lung mechanism parameters และ Physiological parameters

2.3 ประเมิน MAAS แรกรับและเวรละ 1 ครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยสับสน/ต่อต้านหรือไม่ให้ความร่วมมือ ประเมิน MAAS /Glasgow coma score พิจารณาผูกยึด

กรณีมีความเสี่ยง หรือ MAAS > 4 ให้ปฏิบัติดังนี้

- 1) ทำความเข้าใจกับญาติเรื่องการผูกมัด อธิบายอันตรายจากท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และขออนุญาตผูกมัดผู้ป่วย
- 2) ทำการผูกมัดแขน ขา ใส่ปลอกถุงมือและผ้าคาดอก
- 3) พิจารณาติดป้ายเตือน “ ระวังท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ” ทุกเตียงที่มีการผูกมัด /สื่อสารความเสี่ยงในทีม

3. การจัดการเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

3.1 การยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่

ผู้ป่วยได้รับการจัดให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมโดยการยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่โดยมีแนวทางการ Securement ท่อช่วยหายใจ ได้แก่

- 1) Provides good stabilization against external forces that may dislodge tube
- 2) Prevents tube movement that can cause malpositioning
- 3) Prevents tube movements that can lead to fluid getting past the balloon
- 4) Facilitates suctioning without dislodgement
- 5) Requires infrequent changing or adjustment
- 6) Well tolerated for patients, enhances patient comfort, and minimizes pressure injuries

7) ใช้บุคลากร 2 คนในการเปลี่ยนพลาสติกช่วยหายใจหรือเปลี่ยนเชือก Tracheostomy tube ในกรณีผู้ป่วยตื่นหรือมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงท่อเลื่อนหลุด

3.2 การสื่อสาร

ผู้ป่วยสามารถสื่อสารติดต่อกับเจ้าหน้าที่และญาติได้อย่างเหมาะสมโดย

3.2.1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการใส่ท่อช่วยหายใจ และการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3.2.2 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบวิธีจะสื่อสารกับพยาบาล เจ้าหน้าที่อื่น ๆ หรือญาติโดยการเขียนข้อความลงบนกระดาษในกระดานเล็ก ๆ ขนาด A4 หรือใช้รูปภาพ / ข้อความสั้นๆที่จัดเตรียมไว้ให้ผู้ป่วยใช้สื่อสารกับเจ้าหน้าที่

3.2.3 อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับญาติหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการโดยพยาบาลเป็นสื่อกลาง

3.3 การวัดแรงดันใน cuff ของท่อช่วยหายใจ

ผู้ป่วยควรจะได้มีการวัดแรงดันของลมที่อยู่ในกระเปาะของท่อช่วยหายใจโดย

3.3.1 การใส่ลมเข้าไปในกระเปาะท่อช่วยหายใจให้ใช้ Pressure เท่ากับ ให้อยู่ระหว่าง 25-30 ซม.น้ำ ทุก 8 ชั่วโมง

3.3.2 ก่อนการดูดลมออกจากกระเปาะต้องมีการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากของผู้ป่วยก่อนเพื่อป้องกันการเกิด Aspirate pneumonia

3.3.3 การวัดแรงดันในกระเปาะควรมีการวัดทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีการปรับตั้ง Mode ของเครื่องช่วยหายใจ หรือเมื่อได้รับยา Sedative

3.4 การดูแลความสบายของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือส่งเสริมความสบายโดย

3.4.1 ลดความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจโดยใช้เทคนิคของ การจัดการกับความเจ็บปวด ยกตัวอย่าง เช่น การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคการผ่อนคลาย

3.4.2 การทำความสะอาดปากและฟันทุก 4 ชั่วโมงโดยใช้แปรงฟันที่อ่อนนุ่มหรือใช้ Special mouth wash ที่เจือจาง

3.4.3 การทำความสะอาดร่างกายทุก 8 ชั่วโมง

3.4.4 ดูแลและทางเดินหายใจให้โล่งตามแนวทางการดูดเสมหะ ดูดน้ำลายในปาก หลังดูดเสมหะถ้ายังมีน้ำลายมากให้ดูดน้ำลายให้บ่อยขึ้น

3.5 การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ

ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนกระสับกระส่ายพักไม่ได้ควรได้รับยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ ลดอุบัติเหตุการเกิด self extubation

3.5.1 ให้ยากลุ่มBenzodiazepine เช่น Lorazepam (Ativan) ,Valium ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดหรือตื่นเต้น มีฤทธิ์กดระบบประสาททำให้วงหลับระงับชกได้ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว การดูดซึมได้ดี จากระบบทางเดินอาหาร ถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับและขับออกทางเดินปัสสาวะ ขนาดและวิธีใช้ Lorazepam (Ativan) แบ่งให้ 2-3 mg /วัน ส่วน Valium ทางปาก 2-10 mg ให้ 2-ครั้ง /วัน อาจให้ได้ถึง 40 mg /วัน ให้ทางกล้ามเนื้อ หรือทางหลอดเลือดดำ 2 – 10 mg ซ้ำได้ 2 – 4 ชั่วโมงถ้าจำเป็น

3.5.2 การให้ยา Chemical paralysis จะใช้ยาพวก vecuroinium , actracurium IV ต้องมีการปรับ ตั้งเครื่องช่วยหายใจเป็นแบบ Control หรือ Assist Control

3.6 การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ

ผู้ป่วยได้รับการดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งปราศจากการอุดตันในทางเดินหายใจโดยปฏิบัติตามแนวทางการดูดเสมหะในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

3.7 การ weaning เครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในการเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย โดยให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning Protocol)

3.8 การผูกยึดผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว สับสน กระสับกระส่ายไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พิจารณาให้การพยาบาลโดยใช้คำพูดในการสื่อสาร การให้ยาสงบประสาทก่อนถ้าไม่ได้ผลจึงเลือกใช้การผูกยึดมือของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจโดย

3.8.1 ก่อนที่จะผูกยึดควรแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับเหตุผลของการผูกยึดวิธีการผูกยึด ชนิดของการผูกยึด การดูแลผู้ป่วยขณะผูกยึดและข้อบ่งชี้ในการปลดปล่อยจากการผูกยึด ทำป้ายบอกเหตุผลของการผูกยึดไว้ที่ท้ายเตียง

3.8.2 ใช้ถุงมือผูกยึดมือผู้ป่วยไว้เพื่อไม่ให้จับท่อช่วยหายใจได้

3.8.3 ต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึดทุก 2 ชั่วโมง โดยการปล่อยคลายผ้าผูกยึด

4. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

4.1 บุคคลที่ต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดคือ ผู้ป่วย ญาติ และ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

4.2 ควรเลือกให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

4.3 ควรให้ความรู้แก่พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานระยะสั้น หรือพยาบาลที่จบใหม่ หรือผู้ที่อยู่เวรป่วย ดึก

4.4 เนื้อหาของความรู้ที่ให้ผู้ป่วยและญาติ ครอบคลุมในเรื่อง สาเหตุที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ประโยชน์ของการใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่จะต้องใส่ท่อช่วยหายใจอันตรายของการดึงท่อช่วยหายใจ วิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

4.5 โปรแกรมการให้ความรู้แก่พยาบาล มีเนื้อหาครอบคลุมดังนี้

- ประโยชน์ของการใส่ท่อช่วยหายใจ
- ภาวะแทรกซ้อนผลข้างเคียงเมื่อท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
- วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย
- วิธีการสอนผู้ป่วย และญาติ
- วิธีการดูดมหะที่ถูกวิธี การ Weaning เครื่องช่วยหายใจ การวัดแรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจ
- วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล / การบันทึกอุบัติการณ์

หายใจ

5. การปฏิบัติด้านความต่อเนื่องในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

5.1 บุคลากรทางการพยาบาลต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดอย่างถูกต้องและเหมาะสม

5.2 ผู้ป่วยทุกรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทุกเวร

5.3 พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มใส่ท่อช่วยหายใจ การ Weaning กระทั่งผู้ป่วยเอาท่อออก

6. การควบคุมคุณภาพเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

6.1 ศึกษาผลการวิจัยเพิ่มเติมหรือความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด นำมาพัฒนาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ

6.2 จัดอบรมเพื่อฟื้นฟูและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดแก่ พยาบาลใหม่ทุกราย

6.3 พยาบาลติดตามและกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทุกเวร

6.4 มีการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และการนำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาปรับปรุงหาแนวทาง ป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และมีการรายงานผลการเฝ้าระวัง

Reference

1. Lauren Berkow, MD, FASA, and Arthur Kanowitz, MD, FACEP, *Unplanned Extubation in the Perioperative Environment. 2022. Volume 37, No. 01 • February 2022.* NEWSLETTER JOURNAL OF THE ANESTHESIA PATIENT SAFETY FOUNDATION : <https://www.apsf.org/wp-content/uploads/newsletters/2022/3701/APSF3701-2022-02-a06-UnplannedExtubation.pdf> ค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2566

การประเมินความเสี่ยงต่อท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

โดยใช้ MAAS (Motor activity assessment scale)

การแปลผลคะแนน

MAAS ให้ประเมินผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกรับเวรของทุกเวร

MAAS = 3 คะแนน ให้ประเมินทุก 8 ชั่วโมง

MAAS = 4 - 5 คะแนน ให้ประเมินทุก 2 ชั่วโมง ให้หาสาเหตุก่อนการผูกยึด ถ้าทราบสาเหตุให้แก้ตามสาเหตุ ถ้าไม่ทราบให้รายงานแพทย์

MAAS = 6 คะแนน ให้ผูกยึดทันทีและค้นหาสาเหตุ ถ้าทราบสาเหตุให้แก้ตามสาเหตุ ถ้าไม่ทราบให้รายงานแพทย์ และให้ประเมินซ้ำทุก 2 ชั่วโมง

แนวทางการผูกยึดร่างกายตามระดับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย และคะแนน MASS

MAAS score (Motor Activity Assessment Scale)

คะแนน	ความหมาย	การผูกยึด
0	ไม่เคลื่อนไหว หรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น	-
1	ลืมตาหรือเลิกคิ้ว หันศีรษะ ขยับแขนขาเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่รุนแรง หรือ เมื่อพูดเสมอหะหรือกดหน้าอก	ผูกยึดมือทั้ง 2 ข้าง
2	ลืมตา เลิกคิ้ว ถ่ายศีรษะ ขยับแขนเมื่อถูกสัมผัสเบาๆ หรือเรียกชื่อ	ผูกยึดมือทั้ง 2 ข้าง
3	รู้สึกตัวดี สงบ และให้ความร่วมมือ	ผูกยึดมือทั้ง 2 ข้าง
4	รู้สึกตัวทำตามสั่งได้ อยู่ไม่นิ่ง เงามือจับที่ช่วยหายใจ ดึงที่ช่วยหายใจ พลาสเตอร์ หรือ เชือกผูกที่ช่วยหายใจ ควบคุมตัวไม่ได้	ผูกยึดใส่ถุงมือทั้ง 2 ข้าง
5	ทำตามสั่งได้ พยายามลุกนั่ง หรือยื่นแขนขาออกนอกเตียงเมื่อขอร้องก็นอนลง แต่ไม่ชักกัสนั่งและยื่นแขนขาออกนอกเตียงอีก	ผูกยึดใส่ถุงมือทั้ง 2 ข้าง ผูกยึดหน้าอก
6	ไม่ทำตามสั่ง ดิ้นไปมา พยายามลุกนั่ง ปีนลงจากเตียง พยายามดึงที่ช่วยหายใจ สายต่าง ๆ และอุปกรณ์ต่างๆ หรือ ทำร้ายเจ้าหน้าที่	ผูกยึดใส่ถุงมือทั้ง 2 ข้าง ผูกยึดหน้าอก

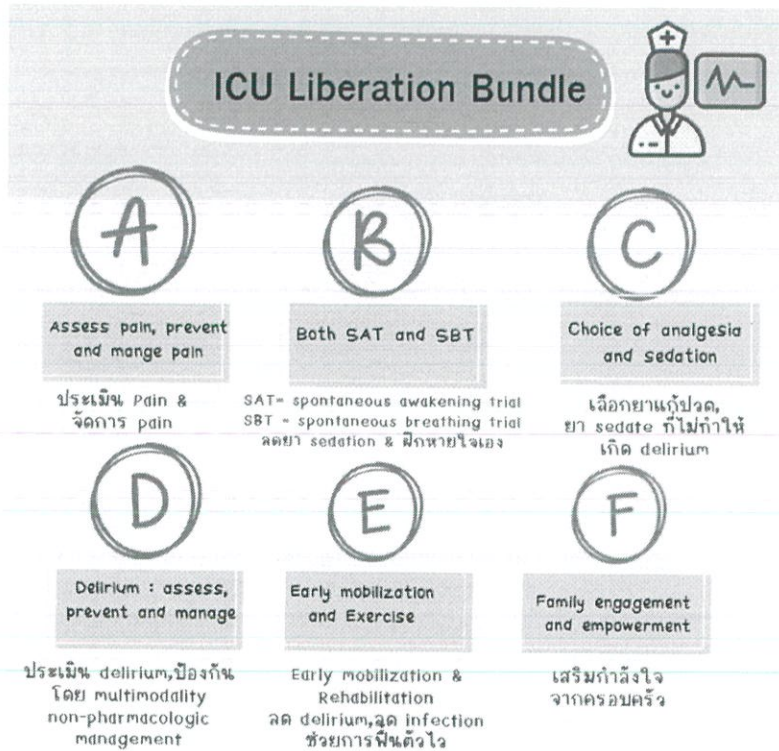


MAAS	Nursing Intervention
0	ประเมินความเสี่ยงและให้ข้อมูล
1-3	ขออนุญาตผูกยึดมือ 2 ข้าง
4	รายงานแพทย์ ขออนุญาตผูกยึดมือ 2 ข้าง ร่วมกับการใส่ปลอกถุงมือ 2 ข้าง
5-6	ขออนุญาตผูกยึดมือ 2 ข้าง & ใส่ปลอกถุงมือ 2 ข้าง ร่วมกับการผูกยึดหน้าอก

แนวทางการปฏิบัติในการประเมิน การป้องกัน และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

แนวทางการพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการป้องกัน และลดปัจจัยส่งเสริม นำมาสู่การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วย การประเมิน การป้องกัน และการจัดการกับ 3 อาการหลัก คือ ความปวด ภาวะจิตใจไม่สงบ และ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นชุดกิจกรรมมีชื่อย่อว่า “ABCDEF” และมีขั้นตอนในการปฏิบัติ ดังนี้



- (1) ประเมินและจัดการความปวด ให้ได้ตามเป้าหมาย (pain < 3) ทุก 4 hr. (A : Assess pain, prevent and manage pain) มีการประเมิน Pain & จัดการควบคุมอาการ pain
- (2) การกำหนดเวลาหยุดยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยตื่น (spontaneous awakening trial; SAT) มีการหายใจเอง (spontaneous breathing trial; SBT) และประสานความร่วมมือเพื่อ หยาเครื่องช่วยหายใจ (coordinate) Both spontaneous awakening trail (SAT) and spontaneous breathing trial (SBT) การหยาเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออกให้เร็วที่สุด ทำการประเมินเพื่อหยุดการใช้ยาระงับประสาททุกวัน
- (3) ประเมินและจัดการภาวะกายใจไม่สงบ ให้ได้ตามเป้าหมายทุก 4 hr. (RASS 0 ถึง-2) หากผู้ป่วยยังไม่สงบและพักไม่ได้ ให้ยาสงบประสาทในระดับเล็กน้อย (Coordination, choice of analgesic & sedative) เลือกยาแก้ปวด ยา sedate ที่ไม่ทำให้เกิด delirium จัดการด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม มีชั่วโมงสงบ
- (4) ประเมิน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันทุก 8 ชั่วโมง และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (acute delirium) ด้วยวิธีไม่ใช้ยาหรือใช้ยา ตามลักษณะอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน (Daily delirium monitoring) ประเมิน Delirium โดยใช้ CAM-ICU , ใช้ multimodal analgesia ระงับปวดแบบผสมผสาน , Non pharmacologic management
- (5) กระตุ้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายโดยเร็ว (early mobility) (Early mobility & Exercise)
- (6) ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (involve family) (Family engagement and empowerment, Respiratory drive control)

Reference

1. กัญจน ปุกคำ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, ธารทิพย์ วิเศษธาร.การประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้โปรแกรม การประเมินการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, ปีที่ 6 ฉบับที่ 1, มกราคม-มิถุนายน 2562 หน้า 71-73

แนวทางการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ที่ช่วยหายใจเลื่อนหลุด

การแบ่งระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่ช่วยหายใจเลื่อนหลุดทางคลินิก ดังนี้

- A พบเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดที่ช่วยหายใจเลื่อนหลุด เช่น การผูกยึดไม่ได้มาตรฐาน พลาสเตอร์เปียกและ สายETT ดึงรั้ง
- B เกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ที่ช่วยหายใจกำลังจะเลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ หรือผู้ป่วยกำลังดึง ETT แต่ช่วยเหลือได้ทันท่วงที ทำให้ที่ช่วยหายใจไม่หลุด เช่น ผ้าหรืออุปกรณ์ผูกยึดหลุด พลาสเตอร์หรือเชือกผูกที่หลุด
- C เกิดเหตุการณ์ที่ที่ช่วยหายใจเลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ แต่ไม่ส่งผลอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น ETT เลื่อน แต่สามารถปรับจนได้ระดับความลึกเท่าเดิมได้ และฟังเสียงหายใจบริเวณปอดทั้งสองข้างเท่ากัน
- D มีเหตุการณ์ที่ที่ช่วยหายใจหลุด/เลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ อาจส่งผลให้เกิดอันตราย จนต้องสังเกตอาการผิดปกติเช่น ETT หลุดจาก vocal cord แต่ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถหายใจด้วย O2 support
- E เกิดเหตุการณ์ที่ที่ช่วยหายใจหลุด/เลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา เช่น ETT หลุดจาก vocal cord จนต้องมีการใส่ที่ช่วยหายใจใหม่
- F เกิดเหตุการณ์ที่ที่ช่วยหายใจหลุด/เลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนบำบัดรักษาใน รพ. นานขึ้น เช่น ETT หลุดจาก vocal cord จนต้องมีการใส่ที่ช่วยหายใจใหม่และเกิดการสำลัก
- G เกิดเหตุการณ์ที่ที่ช่วยหายใจหลุด/เลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่อผู้ป่วยมากตามมาจนถึงขั้นพิการทางร่างกาย เช่น ETT หลุดจาก vocal cord จนต้องมีการใส่ที่ช่วยหายใจใหม่ และเกิดภาวะ Brain anoxia
- H เกิดเหตุการณ์ที่ที่ช่วยหายใจหลุด/เลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ จนเกิดความผิดปกติต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต เช่น ETT หลุดจาก vocal cord จนต้องมีการใส่ที่ช่วยหายใจใหม่และ CPR
- I เกิดเหตุการณ์ที่ที่ช่วยหายใจหลุด/เลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ จนเกิดความผิดปกติต่อระบบทางเดินหายใจมาก ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจและเสียชีวิตหากพบอุบัติการณ์ที่ช่วยหายใจเลื่อนหลุดให้วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมของอุบัติการณ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. สาเหตุจากผู้ป่วย เช่น สับสน กระสับกระส่าย น้ำลายมาก เจ็บปวด ไอ/จาม/ขย้อน ดึง หนามัน/หนดคราหรืออื่นๆ
 2. สาเหตุจากเจ้าหน้าที่ เช่น การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การเฝ้าระวังไม่ต่อเนื่อง/ ไม่ครอบคลุม หรืออื่นๆ
 3. จากอุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม เช่น เครื่องมือพลาสติกไปโดนมือ อุปกรณ์ของที่ช่วยหายใจชำรุด พลาสเตอร์เสื่อมสภาพ แสงสว่างไม่เพียงพอ การจัดสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม หรืออื่นๆ