

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันจากฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง The Nursing care for Upper airway obstruction due to Submandibular space abscess

(Received: November 10,2023 ; Revised: November 25,2023 ; Accepted: November 26,2023)

ณัฐชญา กษิณศรี¹
Natchaya Kasinsri¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันจากการติดเชื้อฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง และเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านการพยาบาลในการประเมิน เฝ้าระวังการ และการพยาบาลอย่างเหมาะสม และถูกต้อง ศึกษาโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะ Upper airway obstruction จากการติดเชื้อฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง ในหอผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน มาด้วยอาการสำคัญ ใช้ คางบวมมา 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับ มีไข้ ไอแห้งๆ กลืนน้ำลายแล้วเจ็บคอ มีฟันผุ ได้คางซ้ายบวมแดงร้อน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 5 พฤษภาคม 2566 Dx. Lt.Submandibular abscess ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ถอนฟัน และการผ่าตัดระบายหนอง หลังผ่าตัดพบปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ ภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากภาวะ upper airway obstruction, มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยากเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้นบวมและอ้าปากได้น้อย, มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ,เสี่ยงยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ และมีภาวะเครียดและวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย และได้รับการ Re-intubation ย้ายไปหอผู้ป่วย ICU ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 6 วัน ผู้ป่วยปลอดภัยผ่านพ้นระยะวิกฤต อาการดีขึ้นตามลำดับ และย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหู จมูก คอ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน นัดติดตามอาการที่แผนกทันตกรรม และแผนกอายุรกรรม วันที่ 29 พฤษภาคม 2566

คำสำคัญ : ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน, ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก, ติดเชื้อฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง

Abstract

This study is a case study aimed at studied nursing care of patients with upper airway obstruction due to Submandibular space abscess and to serve as a guideline for nursing personnel in evaluating, monitoring, and providing appropriate and accurate nursing care. Studying by selecting specific methods. Patient's diagnosis with upper airway obstruction due to Submandibular space abscess in the otolaryngology and ophthalmology ward, Debaratana Nakhonratchasima Hospital.

The results of the study found that a Thai female 32 years old, was referring from a community hospital. Presented with significant symptoms, fever and swollen chin 1 week before coming to the hospital, along with fever, dry cough, swallowing saliva and sore throat, tooth decay, swelling under the left chin, red and hot. Admitted to hospital on 5 May 2023, Dx. Lt.Submandibular abscess. The patient denies underlying disease. While the patient was in care received intravenous antibiotics, had a tooth extracted, and had incision and drainage. After surgery, an important nursing problem was found, namely oxygen depletion due to upper airway obstruction, difficult intubation due to swollen tissues in the upper airway and limited ability to open the mouth, hyperglycemia, risk of unsuccessful weaning from the ventilator, stress and anxiety from illness and received re-intubation moved to the ICU ward and used a ventilator for 6 days. The patient is safely past the critical stage. Symptoms gradually improved and moved back to the female surgery ward.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา

The doctor allowed him to go home. Including 11 days of hospital stay. Follow-up appointment at the dental department and the Internal Medicine Department on 29 May 2023.

Keywords: Upper airway obstruction, difficult intubation, submandibular space abscess

บทนำ

ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่รุนแรง มีอันตรายถึงชีวิตมีรายงานอุบัติการณ์การเกิดทางเดินหายใจอุดกั้นในผู้ป่วยหุ คอ จมูก ร้อยละ 3.5-15.7 ภาวะนี้พบในผู้ป่วยทุวัยตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงผู้สูงอายุ โดยมีสาเหตุอันดับ 1 จากการอุดกั้นของโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งโคนลิ้น มะเร็งกล่องเสียง และมะเร็งเนื้องอกกล่องเสียง รองลงมาคือการอักเสบติดเชื้อบริเวณคางหรือคอ การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากฟันผุ ตำแหน่งที่มักพบการติดเชื้อหลักคือ Submandibular space เชื้อก่อโรคหลัก คือ streptococcus raridans ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมักสัมพันธ์กับ Klebsiella pneumonia ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่าในแง่ของระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การใส่ท่อช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือการประเมินและดูแลทางเดินหายใจเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ก่อนที่จะได้รับการรักษาที่จำเพาะสำหรับโรคที่เป็นสาเหตุต่อไป ปัญหาหลักการติดเชื้อส่วนลึกของคอที่มักก่อให้เกิดทางเดินหายใจส่วนต้นอุดกั้น คือเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้นบวมร่วม กับผู้ป่วยอ้าปากได้น้อยซึ่งทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจยาก

จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ ของโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาปี 2563 – 2566 มีจำนวน 72,41,61 และ 64 รายตามลำดับ พบสถิติข้อมูลผู้ป่วยเจาะคอ (Tracheostomy) ของ รพ.เทพรัตนนครราชสีมาปี 2563-2566 มีจำนวนดังนี้ 12,7, 15,22 รายตามลำดับ มีอุบัติการณ์ Upper airway obstruction ที่จะต้องให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 2.1) ปัจจุบันมี

แนวโน้มจำนวนมากขึ้น เนื่องจากรพ.เทพรัตนนครราชสีมา เป็น Node ในการรับส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจะถูกส่งต่อมาเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์เฉพาะสาขา

ดังนั้นบุคลากรพยาบาล ผู้ให้การดูแลเบื้องต้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินภาวะฉุกเฉินได้รวดเร็ว หากมีการประเมินที่ล่าช้า จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือไม่ทันท่วงทีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ สมองขาดออกซิเจน อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว จนถึงเสียชีวิตส่งผลกระทบต่อไม่พึงประสงค์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นจากการติดเชื้อในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านการพยาบาลในการประเมิน เฝ้าระวังการ และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นจากการติดเชื้อในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง

วิธีการศึกษา

ศึกษาโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะ Upper airway obstruction จากการติดเชื้อในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง จำนวน 1 ราย ในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาล เทพรัตนนครราชสีมา ศึกษาในเดือน พฤษภาคม 2566 และดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 1 รายได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย และญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวของ

ผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับ และได้ขอ
อนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการ
ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษาเป็น เพศ หญิง อายุ 32 ปี ระดับ
การศึกษา ปริญญาตรี สถานภาพ สมรสอาชีพ
ค้าขายสิทธิการรักษา บัตรทอง ภูมิลำเนา จ.
นครราชสีมา วันที่เข้ารับการรักษ 5 พฤษภาคม
2566 เวลา 16.01 น. วันที่จำหน่ายจาก
โรงพยาบาล 16 พฤษภาคม 2566 เวลา 18.00 น.
การวินิจฉัยโรค Lt.Submandibular Space
Abscess with upper airway obstruction การ
ผ่าตัด Incision and drainage under General
anesthesia

การตรวจพิเศษ: CT neck , EKG, CXR

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไข้ คางบวม 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้
ประวัติว่า มีไข้ ไอแห้งๆ กลืนน้ำลายแล้วเจ็บคอ มี
ฟันผุ ใต้คางซ้ายมีอาการบวมแดงร้อน ไปซื้อยามา
กินเอง วันนี้ใต้คางยังบวม อาการไม่ดีขึ้น จึงไป
โรงพยาบาล . ขาม ทะ เล ส อ Dx.Lt.
Submandibular abscess จึงส่งตัวมารักษาต่อ
รพ.เทพรัตนนครราชสีมา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการผ่าตัด
ปฏิเสธการแพ้ยา การแพ้อาหาร

การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ

การตรวจสัญญาณชีพ At ER 14.22 น.
E4V5M6 ,O2 satiation 97 % room air
อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
128/58 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 75 กิโลกรัม
ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 27.55
kg/m² แรกวันที่ ward EENT ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถาม
ตอบรู้เรื่อง ใต้คางซ้าย บวม ปวด pain scores 4

คะแนน ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีหายใจแน่น
อุนหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
128/58 มิลลิเมตรปรอท O2 satiation 96 %

การประเมินสภาพร่างกาย

รูปร่างทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 32 ปี
รูปร่างอวบ ผิวขาวเหลือง ผมยาวประจำสีด้า
ท่าทางอ่อนเพลียใต้คางซ้ายมีก้อนบวม

ศีรษะ : เส้นผมสีดำ หนังศีรษะไม่มีบาดแผล
ศีรษะมีขนาดและรูปร่างปกติ

ใบหน้า : ไม่บวม ไม่มีกดเจ็บ

ลำคอ : ใต้คางซ้ายบวม สีผิวบริเวณคางแดง
กดเจ็บ ไม่มีบาดแผลเปิด

ช่องปาก : อ้าปากได้น้อยมาก พูดได้น้อย

ผิวหนัง : ผิวสีขาวเหลือง เหงื่อออก ตัว
ค่อนข้างร้อน ไม่มีบาดแผล ปลายมือปลายเท้าเย็น
Capillary refill 3 วินาที

ทรวงอกและการหายใจ : รูปร่างทรวงอก
ปกติ การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเท่ากัน
ไม่มีหายใจเสียงลมเข้าปอด 2 ข้างเท่ากัน ไม่พบ
Crepitation ไม่มี Wheezing

หัวใจและหลอดเลือด : ชีพจร 86 ครั้ง/นาที
สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 128/58 มิลลิเมตรปรอท
ไม่พบ S1, S2 หรือ murmur เส้นเลือดที่คอไม่โป่ง
ตึง

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ :
อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่พบสิ่งคัดหลั่ง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 5/5/2566 Na 128 mmol/L, DTX
stat 15.00 น. 259 mg% วันที่ 8/5/2566 K 3.41
mmol/L, WBC 11,190 uL, Neutrophil 73.9%,
HbA1C 10.7% วันที่ 9/5/2566 K 3.49
mmol/L , Pus C/S

Salmonella group D วันที่ 11/5/2566
WBC 10,960 uL, Neutrophil 75.4 %

การตรวจวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์
ความเร็วสูง (CT):

พ บ A 2.7x2.4x2.8 cm lobulated hypodense lesion with irregular thick rim enhancement within left submandibular space และ Large dental caries

การตรวจพิเศษอื่น

EKG: Normal sinus rhythm

Chest X- Ray: Normal

การวินิจฉัยโรค

Lt.Submandibular Space Abscess with 1st Dx. DM

Last diagnosis: Lt.Submandibular Space

Abscess with upper airway obstruction

การผ่าตัด

Incision and Drainage under GA บริเวณใต้คาง

การรักษาด้วยยา

- Augmentin 1.2 g iv q 8 hr

- Clindamycin 600 mg iv q 8 hr.

- Cef-3 2 gm iv OD

- Regular insulin

- Mixtard 4-0-4 sc ac

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะแรกเริ่มถึงวิกฤต ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะ Upper airway obstruction เนื่องจากการติดเชื้อในลำคอส่วนลึก ข้อมูลสนับสนุน: ใช้ คางบวม 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล : Temp 38.3 องศาเซลเซียส : ตรวจร่างกาย ลำคอ ใต้คางซ้ายบวม สีผิวบริเวณคางแดง กดเจ็บ ไม่มีบาดแผลเปิด ช่องปาก อ้าปากได้น้อยมาก พูดได้น้อย : CT พบบ 2.7x2.4x2.8 cm lobulated hypodense lesion with irregular thick rim enhancement within left subman- dibular space และ Large dental caries	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย 2. ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ รวมถึง ระดับออกซิเจนในเลือด On saturation ทุก 1 ชั่วโมง เมื่อคงที่จึงประเมินทุก 2 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงตามลำดับ 3. ตรวจสอบลักษณะความพยายามในการหายใจของผู้ป่วย เช่น subcostal retraction, intercostal retraction, suprasternal retraction, ก้าวร้าว ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอย่างมาก ปีกจมูกบานออกขณะหายใจ, ผงกศีรษะเงยหน้าขณะหายใจ, นั่งโน้มตัวไปด้านหน้าเหงื่อหน้าเวลาหายใจ, เสียง stidor 4. จัดท่า High fowler's position ให้ปอด 2 ข้าง ขยายตัวได้เต็มที่ 5. ดูแลให้ยาสเตียรอยด์ Dexamethasone 8 mg iv q 12 hr. 6. ดูแลให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา การประเมินผล วันที่ 9 พ.ค.66 หลังผ่าตัดระบายหนองมีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ต้อง re-intubation ย้าย ICU on Ventilator
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน : Sodium(Na) 128 mEq/L, Potassium (K) 3.3 mEq/L : รับประทานอาหารได้เล็กน้อย เนื่องจากอ้าปากได้จำกัด และมีอาการปวด	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน 2. ดูแลให้ได้รับยา E.Kcl 30 ml oral stat และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% Nss 1000 ml + Kcl 20 mEq iv drip 80 cc/hr ตามแผนการรักษา 3. บันทึกและประเมินน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง 4. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 5. ติดตามผลการตรวจทางห้อง Lab และ รายงานแพทย์ทราบกรณีเกลือแร่ผิดปกติ การประเมินผล วันที่ 9 พ.ค.66 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Sodium(Na) 136.1 mEq/L, Potassium (K) 3.49 mEq/L
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน : สิ้นหวังวิตกกังวล สอบถามเรื่องอาการจะดีขึ้นไหม	1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร 2. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคแผนการรักษาของแพทย์ ขั้นตอนการผ่าตัด ตลอดจนการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด 5. อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 5.1 เตรียมความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดผิวหนังทั่วร่างกาย 5.2 แนะนำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะการพักผ่อนอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยสดชื่นไม่อ่อนเพลีย ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย 5.3 แนะนำให้ถอดสิ่งของมีค่า เช่น สร้อยคอ แหวน ที่ติดตัวผู้ป่วยออกก่อนที่จะไปห้องผ่าตัด 5.4 การเซ็นใบยินยอมผ่าตัด 5.5 การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการอาเจียนสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลม ขณะผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิตได้ 5.6 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5.7 แนะนำให้ถอดฟันปลอม ชุดชั้นใน และของมีค่าต่าง ๆ ผากไว้กับญาติก่อนไปห้องผ่าตัด 6. อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ดังนี้ 6.1 หายใจเข้าออกลึก ๆ โดยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี ป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด 7. เปิดโอกาส ให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้สอบถามข้อสงสัยต่างๆพร้อมทั้งสังเกตการแสดงออกท่าที คำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย 8. ให้ผู้ป่วยและญาติได้กำหนดและควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ 9. แนะนำญาติให้ดูแลเอาใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และพูดคุยให้กำลังใจบ่อยๆ การประเมินผล : ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำดี
ระยะวิกฤตฉุกเฉิน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกาใส่ท่อช่วยหายใจยากเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้นบวมและอักเสบได้ ข้อมูลสนับสนุน : หลังผ่าตัดตรวจพบ ลิ้นบวมโต คับปาก อ้าปากได้น้อย ขากรรไกรและคอบวม ผู้ป่วยบ่นว่ากลืนน้ำลายไม่ได้ เหมือนมีอะไรติดคอ มีน้ำลายไหล	1. เตรียมความพร้อมของทีมแพทย์ผู้ดูแล ทีมวิสัญญี และอุปกรณ์ 2. เตรียมท่อช่วยหายใจไว้หลายขนาด เนื่องจากทางเดินหายใจส่วนต้นอุดกั้น อาจเกิดจากทางเดินหายใจที่บวม และแคบกว่าปกติซึ่งเหมาะกับท่อช่วยหายใจที่มีขนาดเล็กกว่ามาตรฐานตามอายุ 3. เตรียมการใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ กล้อง glidescope video หรือ laryngoscope ชนิดที่ออกแบบมาเฉพาะร่วมกับมีจอถ่ายทอดสัญญาณภาพ (video laryngoscope) หรือการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้กล้องส่องนำทางไปยังหลอดลม (endoscopic guidance) 4. เตรียมการเจาะคอ (tracheostomy) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ หรือทางเดินหายใจส่วนต้นอุดกั้นทั้งหมด จนไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางกล่องเสียงได้ การประเมินผล : ระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจใช้เวลา 1 ชั่วโมง ใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ 3 ครั้ง ต้องใช้ทีมวิสัญญีในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 พ่นออกซิเจน เนื่องจากภาวะ upper airway obstruction ข้อมูลสนับสนุน : หลังผ่าตัดตรวจพบ ลิ้นบวมโต คับปาก อ้าปากได้น้อย ขากรรไกรและคอบวม	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย การหายใจเร็ว และเสียงหายใจ 2. ประเมินภาวะ Peripheral และ Central cyanosis โดยประเมินจากปลายมือปลายเท้าเขียวริมฝีปากเขียว 3. ประเมิน Capillary filling time 4. ประเมินสัญญาณชีพ และ O2 Saturation

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
: ผู้ป่วยบ่นว่ากลืนน้ำลายไม่ได้ เหมือนมีอะไรติดคอ มีเสมหะในคอ จำนวนมาก มีน้ำลายไหล หายใจไม่สะดวก : นอนราบไม่ได้ ต้องหนุนหายใจ : หายใจ 22- 24 ครั้ง/ นาที ปีกจมูกบาน : ระดับออกซิเจนในเลือด 97 %	5. จัดท่า High fowler's position ให้ปอด 2 ข้าง ขยายตัวได้เต็มที่ 6. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ในผู้ป่วยที่มีค่าความเข้มข้นออกซิเจนน้อยกว่า 90 % ร่วมกับมีภาวะ Hypoxia 7. ดูแลเปิดทางเดินหายใจ เพื่อช่วยคงสภาพทางเดินหายใจไว้ โดยเปิดทางเดินหายใจส่วนช่องปาก และคอหอยส่วนปาก หรืออาจพิจารณาใช้วิธีการใส่ท่อช่วยหายใจ 8. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะให้อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่มีเสมหะ การประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือโดยใส่ท่อช่วยหายใจ No.6.5 และใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 6 วัน ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต หลังจากคอและทางเดินหายใจยุบวม เอาท่อช่วยหายใจออก ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงใน จำหน่ายในวันที่ 16 พ.ค. 66
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน : First diagnosis DM : DTX stat 259 mg% HbA1C 10.7 %	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย สับสน ซึม ที่จะบ่งบอกว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2. ในระยะก่อนผ่าตัด ประเมิน DTX (ก่อนเข้าห้องผ่าตัด) 3. ในระยะหลังผ่าตัด เจาะ DTX ก่อนมีอาหาร 3 เวลา และก่อนนอน ดูแลให้ ปรับ insulin ตามแผนการรักษา ,metformin 500mg 1 tab per oral bid pc, Glipizide 5 mg 1 tab per oral OD ac 4. ประเมินอาการหลังให้ยา เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ทุกครั้ง 5. แนะนำผู้ป่วยเตรียมน้ำหวาน 1 ขวดไว้บนตู้ข้างเตียง เพื่อใช้ดื่ม ในกรณีที่มีอาการหน้ามืดใจสั่น ซึ่งเป็นอาการแสดงของน้ำตาลในเลือดต่ำ 6. เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ เบิกอาหารอ่อนเบาหวานให้รับประทาน ย้ำผู้ป่วยและญาติถึงอาหารที่สามารถรับประทานได้ 7. สังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซึมลง ปัสสาวะออกมาก และน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม ปากแห้ง อ่อนเพลีย อ่อนแรง คลื่นไส้ ปวดท้อง หายใจลึก ถ้าพบอาการผิดปกติแจ้งพยาบาล การประเมินผล : ระดับน้ำตาล 104-208 mg% ไม่มีภาวะ hypoglycemia
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสนำเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วย on ETT with Ventilator มากกว่า 5 วัน	1. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยการประเมินเกี่ยวกับอาการของโรคเดิมดีขึ้น โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลวกลับสู่ปกติ มีเสียงการหายใจที่ปกติและมีข้อบ่งชี้อื่นๆว่าผู้ป่วยอาการของโรคดีขึ้น 2. ประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนของปอด โดยดูจากความสามารถของปอดในการรับออกซิเจน เช่น มีค่าของ PaO₂/FiO₂ มากกว่า 150-200 โดยใช้ FiO₂น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.4-0.5 ร่วมด้วยกับการใช้ PEEP น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5-8 เซนติเมตรน้ำ 3. การประเมินไข้ โดยผู้ป่วยต้องไม่มีไข้หรือมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 38 องศาเซลเซียส 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเอาเครื่องช่วยหายใจออก การปฏิบัติตนในขณะถอดเครื่องช่วยหายใจ 5. ให้ผู้ป่วยทดลองหายใจ โดยการปลดเครื่องช่วยหายใจแล้วให้ผู้ป่วยหายใจได้เอง โดยให้ออกซิเจนทางข้อต่อตัวที่ (O₂Tpiece) ต่อกับท่อลูกฟูก (Corrugated tube) ถ้าผู้ป่วยหายใจเองได้เป็นเวลานาน 2 ชั่วโมงร่วมกับไม่มีข้อบ่งชี้ในการหยุดการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และไม่มีความต้องการคาท่อช่วยหายใจไว้เพื่อทำให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ควรพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. การดูแลหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ ติดตามและบันทึก Tidal Volume, Minute Volume ทันที และดูแลการให้ออกซิเจนและความชื้นเสริมตลอดเวลา ตามแผนการรักษา และ Monitor ค่า O₂ sat การประเมินผล : 15 พ.ค.66 ผู้ป่วย สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ และสามารถ เอาท่อช่วยหายใจออกได้ สัญญาณชีพปกติ หายใจไม่หอบเหนื่อย ออกซิเจนในกระแสเลือด 95-100 %
ระยะฟื้นฟูสภาพ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน : สีหน้าไม่สุขสบาย บอกปวดแผล pain scores 5-6 คะแนน	1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของความปวด ว่าเกิดจากกระบวนการอักเสบและจากภาวะเนื้อเยื่อบาดเจ็บภายหลังผ่าตัด รวมทั้งอธิบายวิธีการบำบัดความปวดให้ผู้ป่วยเข้าใจ 2. ทำแผลตามมาตรฐานเพื่อลดการติดเชื้อ ความปวดจะลดลง 3. ให้อาแก้ปวด Tramal 50 mg iv prn q 6 hr ตามแผนการรักษา หลังให้ยา รวมทั้งประเมินผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เวียนศีรษะ ง่วงนอน 4. ประเมิน Pain score ทุก 4 - 8 ชั่วโมง การประเมินผล : หลังผ่าตัดวันแรก pain scores 5- 6 คะแนน ได้รับยา Tramal 2 dose หลังจากนั้นปวดลดลง เหลือ 0-2 คะแนน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 มีการติดเชื้อในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง ข้อมูลสนับสนุน: ใช้ คางบวม 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล : ได้รับการผ่าตัด Incision and drainage ได้ Pus discharge 50 ml , yellowish Pus C/S = Salmonella group D, WBC= 11,190 uL, Neutrophil = 75.5 %	1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่อง Hand hygiene 2. ทำแผลด้วยวิธี Aseptic technique ทำแผลวันละ 2 ครั้ง และเมื่อมี Discharge ซึม 3. ประเมินลักษณะของบาดแผล สี กลิ่น ของ Discharge ที่ออกมา 4. ในระยะที่ผู้ป่วยใส่ Endotracheal tube with ventilator ดูแล Month care ให้ผู้ป่วย ทุก 8 ชั่วโมงและเมื่อมีหนองซึม ภายหลังจาก off Endotracheal tube แนะนำวันปากบ่อย ๆ 5. ประเมินสัญญาณชีพ และ SOS ทุก 2- 4 ชั่วโมง 6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามเวลา โดยให้ Cindamycin 600 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง และ Cef -3 2 gm iv OD และประเมินผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คันตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน ไม่พบภาวะดังกล่าว 7. ติดตามผลการตรวจ CBC ประเมินค่า WBC และ Neutrophil การประเมินผล : บริเวณคอและแผลยุบบวม แผลแดงดี ไม่มีหนอง ไม่มีใช้ SOS scores = 1-2 คะแนน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 พร้อมสุขวิทยาส่วนบุคคล ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วย on Endotracheal tube with ventilator ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ braden scales 15 คะแนน	1. ประเมินความต้องการและการปฏิบัติกิจวัตรประจำตัวของผู้ป่วย 2. ดูแลการให้อาหารเหลวทางสายยางอย่างถูกต้องและครบตามจำนวน 3. ติดตามและประเมินผลปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับให้เพียงพอ 4. ในผู้ป่วยที่คาสายยางสวนปัสสาวะไว้ ต้องให้การพยาบาลโดยวิธีปราศจากเชื้อ ต่อสายยางแบบระบบปิด สังเกตบันทึกจำนวนสีของปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง 5. เปลี่ยนหรือทำความสะอาด Oropharyngeal airway อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง 6. ทำความสะอาดร่างกาย(complete bed bath)อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง 7. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งที่ต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอน 8. ดูแลเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผ้าขาวเตียง เสื้อผ้า ของผู้ป่วยทุกวัน และทุกครั้งที่เป็น 9. หากผู้ป่วยรู้สึกตัว แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวแขน ขา พลิกตะแคงตัว และเปลี่ยนท่าทุก 1-2 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	10. หลีกเลี่ยงการทำเสียงดัง จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้อับจนผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม ร่างกายสะอาด ให้อาหารทางสายยางรับได้ ไม่มีแผลกดทับ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติ ตัวก่อนกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน : First diagnosis DM : จากการสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานผู้ป่วยยังไม่ค่อยทราบเรื่องโรค และการปฏิบัติตัว และยังมีความกังวลเรื่องฉีดยา	1.สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงวิธีการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้านในเรื่องต่างๆตามหลัก D-METHOD D= Disease แนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ตรวจพบครั้งแรกและ การติดเชื้อในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง อาการ อาการแสดง การรักษา การผ่าตัดที่ได้รับ การจัดการความปวด ภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวาน แนะนำการมาตรวจตามนัด กรณีที่มีความผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ทันที M = Medication รับประทานยาให้ถูกต้องยาฆ่าเชื้อที่จะต้องรับประทานต่อเนื่อง แนะนำการฉีด insulin ด้วยตนเอง และตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ วิธีใช้ยา วิธีเก็บรักษา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา การแก้ไขเบื้องต้น ถ้ามีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ต้องหยุดใช้ยา ดื่มน้ำหวาน อาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาล E= Environment การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรักษาความสะอาด การถ่ายเทของอากาศของห้องพัก และที่อยู่อาศัย T = Treatment ให้คำแนะนำการรักษาพยาบาลที่ต้องทำเมื่อกลับบ้าน อย่างต่อเนื่อง ระวังระวังไม่ให้แผลผ่าตัดถูกน้ำ และไปทำแผลทุกวัน เป้าหมายการดูแลรักษาโรคเบาหวานคือ ระดับน้ำตาลในเลือดควรอยู่ระหว่าง 80 - 140 mg% และ ถ้ามีอาการน้ำตาลในเลือดสูง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะบ่อย หรืออาการน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ควรมาพบแพทย์ H = Health แนะนำการดูแลสุขภาพในช่องปาก แปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง ตรวจสอบสุขภาพในช่องปากทุก 6 เดือน ดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ สามารถทำงานและประกอบอาชีพได้ตามปกติ ควรใส่รองเท้าที่นุ่มสบาย ไม่ควรเดินเท้าเปล่า ถ้ามีแผลควรรีบพบแพทย์ O = Out patient referral แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือใกล้บ้าน การมาตรวจตามนัดให้ดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงก่อนเจาะเลือดตอนเช้า การสังเกตอาการผิดปกติซึ่งจำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้สูง แผลผ่าตัดบวมแดงมีหนอง อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น D = Diet แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและส่งเสริมการหายของแผล ควรรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์(เนื้อปลา) ไข่ ถั่วต่างๆ อาหารที่มีวิตามินสูง คือ วิตามินซี วิตามินเอ จะช่วย ทำให้แผลหายเร็วขึ้น และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรคให้กับร่างกาย ควรดื่มน้ำสะอาด ควรรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อไม่ควรงด อาหารเพราะจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ขนมหวานทุกชนิด น้ำอัดลม ผลไม้หวาน/เชื่อม/แช่อิ่ม อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณเป็นกลุ่มผลไม้ ข้าว และอาหารแป้ง อาหารที่ควร รับประทานคือ ผักทุกชนิดและดื่มน้ำเปล่า การประเมินผล: ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำดี เมื่อถามย้อนกลับสามารถตอบคำถามเรื่องโรค การปฏิบัติตัว อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง

ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 11 วัน

การนัดติดตามอาการ

ผู้ป่วยมีนัด F/U ทันตกรรม และ F/U คลินิก

อายุรกรรม วันที่ 29 พ.ค. 2566

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย มีสาเหตุทำให้เกิดโรค submandibular space abscess คือฟันผุ และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคที่รุนแรง คือโรคเบาหวาน ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำและเมื่อเกิดโรคทำให้โรครุนแรงมากขึ้น กรณีศึกษานี้ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันแรก CBC ผล 11,190 /uL , DTX stat 259 mg% ผล CT Neck: พบ A 2.7x2.4x2.8 cm lobulated hypodense lesion with irregular thick Maxillo ผู้ป่วยได้รับการถอนฟัน ซี่ที่ 36 แผนการรักษาโดยการผ่าตัด Incision and Drainage under GA บริเวณใต้คาง หลังกลับจากห้องผ่าตัดพบมีปัญหาพร่องออกซิเจน จาก upper airway obstruction และมีปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจยาก การพยาบาลที่สำคัญ การประเมินภาวะฉุกเฉิน² ดูแลทางเดินหายใจเบื้องต้น ตามทีมวิสัญญี และทีมแพทย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องใช้อุปกรณ์ กล้อง glidescope video ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายไปหอผู้ป่วย ICU ได้รับการรักษา Steroid และ IV ยา Antibiotic ด้านการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก และ กลุ่ม Anaerobic Bacteria เป็นระยะเวลา 8 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหูใน D/C ในวันที่ 16 พ.ค. 66 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นจากการติดเชื้อฝีในช่องว่างใต้ขากรรไกรล่าง ถือว่ามีความสำคัญมากเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่รุนแรง มีอันตรายถึงชีวิต พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการ

ดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้⁹ โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะนอนโรงพยาบาล ภายหลังจากพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ การวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ สามารถลดอัตราการกลับมารักษาด้วยโรคเดิม⁶

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลทุกระดับควรมีสมรรถนะในการประเมินภาวะ upper airway obstruction และมีความรู้เรื่องการช่วยเหลือเบื้องต้น
2. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะการช่วยเหลือกรณีใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการดูแล รวมทั้งฝึกทักษะการช่วยแพทย์ทำการเจาะคอกรณีใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือระยะวิกฤตที่รวดเร็วและปลอดภัย
3. ควรมีการฝึกซ้อมทีมในการช่วยเหลือกรณีใส่ท่อช่วยหายใจยาก นอกเวลาราชการซึ่งเป็นช่วงเวลาที่บุคลากรจำกัด

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติ จันทระพัฒนา. (2561). ก้อนที่ลำคอ Neck mass. สงขลา. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
2. ขวัญฤทัย พันธ. (2564). การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. จิราพร ตระการจันทร์ศิริ. (2566). การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล. เจ้าพระยาอภัยภูเบศร. บุรพาเวชสาร, 10(1), 38-53.
4. จิระสุข จงกลวัฒนา และ โชคชัย เมธีไตรรัตน์. (2564). โรค หู คอ จมูก : สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เล่ม 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

5. ชลธิชา ศรีวานิชภูมิ. (2564). ทางเดินหายใจส่วนต้นอุดตันเฉียบพลัน Acute upper airway obstruction. พะเยา. พิมพ์ดี เซ็นเตอร์ พลัส.
6. ปานดวงใจ ไทยดำรงค์เดช. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบหายใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. พิมพ์ญา ช่อทรงธรรม, สุพจน์ เจริญสมบัติอมร, จิรพงษ์ อังอะรา. การอักเสบติดเชื้อในช่องคอชั้นลึกในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์ เขตเมือง. 2561; 62: 365-74.
8. รัชดาพร รุ่งแก้ว. การศึกษาย้อนหลังการอักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2563; 2: 213-28.
9. สมล มันทะกะ,จิตสุภา นิธิอุทัย.การจัดการทางหายใจในผู้ป่วย หู คอ จมูก ที่มีภาวะทางหายใจอุดกั้นเฉียบพลัน.กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี ราชบุรี ประเทศไทย. วสัณฐีสาร.2564;47(3)271-9.
10. สุมิตรา ประเทพ. (2565). การจัดการทางเดินหายใจแบบฉุกเฉิน Emergency airway management. สงขลา. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
11. อรัญ คำภาอินทร์. ลักษณะการติดเชื้อในช่องคอชั้นลึกระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิจัยทางการแพทย์. 2021; 36: 41-51.
12. Arne J, Descoins P, Fuscuardi J, et al. Preoperative assessment for difficult intubation in general and ENT surgery : predictive value of a clinical multivariate risk index. Br J Anaesth 1998;80:140-6.