



ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล
(Hospital Acquired Pneumonia)

รหัสเอกสาร SP 020_IC/002_000
วันที่ประกาศใช้ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566
หน่วยงาน งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
ผู้จัดทำ คณะทำงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ผู้เสนอ.....

(นางสาวกาญจนา อรินแก้ว)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้อนุมัติ.....

(นพ.สมมิตร สิงห์ใจ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน

บันทึกการแก้ไข

ลำดับ	วันที่แก้ไข	แก้ไขครั้งที่	รายละเอียด	ลายเซ็น

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลแม่ออน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

โรงพยาบาลแม่ออน		หน้า : 1/10
รหัสเอกสาร / คู่มือ เลขที่ : SP 020_IC/002_000		
เรื่อง : การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล		
แผนก : งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล		แผนกที่เกี่ยวข้อง กลุ่มการพยาบาล
ผู้จัดทำ : คณะทำงาน IC	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน	วันที่เริ่มใช้ : 01/10/2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล
2. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

ขอบข่าย

บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับในหอผู้ป่วย

คำจำกัดความ

ปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นการอักเสบของเนื้อปอดที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อจุลชีพเกิดภายหลัง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว 48 ชั่วโมง และขณะที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยไม่มีการแสดงอาการของการติดเชื้อ และไม่อยู่ในระยะพักตัวของเชื้อปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial pneumonia)

สามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. การเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อที่ไม่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Hospital-Acquired Pneumonia : HAP) หมายถึงการเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่เกิดในผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะแรก (Early-onset ventilator-associated pneumonia) หมายถึงการเกิดปอดอักเสบในช่วงเวลา 4 วันแรกของการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะท้าย (Late-onset ventilator-associated pneumonia) หมายถึงการเกิดปอดอักเสบในช่วงระยะเวลาหลัง 4 วันขึ้นไปของการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การวินิจฉัยปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาศัยข้อมูลหลายอย่างประกอบกันตั้งแต่ลักษณะทางคลินิก ภาพถ่ายทางรังสีและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการทางคลินิก เช่น ไข้ตั้งแต่ 38.0 °C มีเสมหะ อาการซึมลง หายใจเร็ว หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกร่วมด้วย เป็นต้น การวินิจฉัยปอดอักเสบจะต้องมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังนี้

รหัสเอกสาร : SP 020_IC/002_000	หน้า 2/10
เรื่อง : การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล	วันที่เริ่มใช้ : 01/10/2566

1. การตรวจทางทรวงอกพบเรล (rale) หรือเคาะทึบ ร่วมกับลักษณะข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 1.1 เริ่มมีเสมหะเป็นหนอง หรือเสมหะลักษณะเปลี่ยนไป
 - 1.2 ตรวจพบเชื้อในเลือด
 - 1.3 ตรวจพบเชื้อในเสมหะที่ดูดจากหลอดคอ (transtracheal aspirate) ดูดจากหลอดลม(bronchial brushing) หรือการ ตรวจชิ้นเนื้อจากปอด (biopsy)
2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบเงารอยโรคที่เกิดขึ้นใหม่หรือลุกลามขึ้นกว่าเดิม อาจเห็นเป็นรอยเงาฝ้าทึบ (infiltration) เป็น ลักษณะที่รวมตัวกันจนแข็ง(consolidation) เห็นเป็นโพรง (cavitation) หรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ร่วมกับลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 2.1 เริ่มมีเสมหะเป็นหนองหรือเสมหะมีลักษณะเปลี่ยนไป
 - 2.2 ตรวจพบเชื้อในเลือด
 - 2.3 ตรวจพบเชื้อในเสมหะที่ดูดจากหลอดคอ ดูดจากหลอดลม หรือการตรวจชิ้นเนื้อจากปอด
 - 2.4 ตรวจพบเชื้อไวรัสหรือแอนติเจนของไวรัสในของเหลวที่ขับออกมาจากทางเดินหายใจ
 - 2.5 ตรวจพบแอนติบอดีชนิด IgM ต่อเชื้อ หรือแอนติบอดีชนิด IgG เพิ่มขึ้น 4 เท่า จากการตรวจซ้ำ 2 ครั้ง
 - 2.6 ตรวจชิ้นเนื้อพบว่าเป็นปอดอักเสบ
3. แพทย์ผู้ดูแลให้การวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบ

หมายเหตุ การสังเกตลักษณะของเสมหะอาจช่วยวินิจฉัยการติดเชื้อได้

 - เสมหะสีเหลืองข้น อาจเกิด Staphylococcal pneumonia
 - เสมหะสีเขียว อาจเกิด Pseudomonas pneumonia
 - เสมหะสีคล้ายลูกเกด คล้าย jelly อาจเกิด Klebsiella pneumonia
 - เสมหะสีชมพูฟอง (pink frothy) เกิด pulmonary edema

แนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1. การจัดทำผู้ป่วย

1.1 จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งหรือนอนศีรษะสูง ประมาณ 30 – 45 องศาหรือ นอนตะแคงกึ่งคว่ำจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบได้ ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยที่มีข้อห้ามเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและคอ



รูปภาพการจัดทำผู้ป่วยให้นอนศีรษะสูง 30-45องศากรณีไม่มีข้อห้าม

1.2.พลิกตัวและเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง กรณีไม่มีข้อห้าม



รูปภาพการพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้องวิธี

รหัสเอกสาร : SP 020_IC/002_000	หน้า 4/10
เรื่อง : การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล	วันที่เริ่มใช้ : 01/10/2566

2. การทำความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วย

2.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและสามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ให้แปรงฟันหลังรับประทานอาหาร ทุก มื้อ หรือบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

2.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีขั้นตอนการทำความสะอาดปากฟันของ ผู้ป่วยดังนี้

2.2.1. จัดให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง 30-45 องศาหรือตะแคงหน้าไป ด้านใดด้านหนึ่ง

2.2.2. บุคลากรล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ให้สะอาด เช็ดมือให้แห้ง

2.2.3. สวมถุงมือสะอาด

2.2.4. ควรทำความสะอาดภายในช่องปากผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 3 ครั้งโดยใช้ไม้พ่นสาลีชุบ 0.1% chlorhexidine gluconate หากแปรงฟันให้ผู้ป่วยต้องระมัดระวังการสำลัก อาจใช้สายดูดเสมหะดูด น้ำลาย และน้ำที่ใช่แปรงฟันออก

2.2.5. บุคลากรล้างมือด้วยน้ำกับสบู่หรือใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือภายหลังการถอดถุงมือ

3. การดูดเสมหะ

3.1 ทำการดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ซึ่งข้อบ่งชี้ในการดูดเสมหะ มีดังนี้

- ได้ยินเสียงเสมหะครืดคราด
- ผู้ป่วยไอกระสับกระส่ายเหงื่อออก
- ผู้ป่วยหายใจลำบาก อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น
- ผู้ป่วยร้องขอให้ดูดเสมหะ
- ก่อนการให้อาหารทางสายยาง

3.2 การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้

3.2.1 เครื่องดูดเสมหะควรตั้งแรงดูดไว้ที่ 80-120 mmHg ไม่ควรเกิน 150 mmHg

3.2.2 สายดูดเสมหะใช้ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางภายนอกไม่ควรเกินครึ่งหนึ่งของเส้นผ่าศูนย์กลางของรู

เปิดท่อหลอดลมคอ

3.3 ขั้นตอนการดูดเสมหะ

3.3.1 ทำความสะอาดมือโดยใช้น้ำและน้ำยาทำลายเชื้อหรือใช้แอลกอฮอล์ในการทำทำความสะอาดมือ

3.3.2 สวมผ้าปิดปาก และจมูก ส่วนการสวมแว่นตา และเสื้อคลุมใช้กรณีที่เป็น เช่น มีการกระเด็นของเสมหะหรือ สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

รหัสเอกสาร : SP 020_IC/002_000	หน้า 5/10
เรื่อง : การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล	วันที่เริ่มใช้ : 01/10/2566

3.3.3 จัดทำผู้ป่วยนอนศีรษะสูง อย่างน้อย 30– 45 องศา ในกรณีไม่มีข้อห้าม เพื่อให้หลอดลมอยู่ในแนวตรง ผู้ป่วย สามารถใช้กล้ามเนื้อในการหายใจได้อย่างเต็มที่ และลดความเสี่ยงจากการสำลักในขณะดูดเสมหะ

3.3.4 ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนดูดเสมหะ โดยสังเกตอัตราการหายใจ ฟังเสียงหายใจ และอาการแสดงของภาวะขาด ออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย หายใจลำบากเขียวปลายมือปลายเท้า

3.3.5 สวมถุงมือปราศจากเชื้อหรือกรณีใช้ถุงมือสะอาด ให้ใช้คีบคีบสั้น (forceps) ในการดูดเสมหะ

3.3.6 เปิดเครื่องดูดเสมหะให้มีแรงดันประมาณ 80-120 mmHg ไม่ควรเกิน 150 mmHg เพื่อป้องกันการเกิดแผล ที่เยื่อบุทางเดินหายใจและไม่ให้มีการดูดออกซิเจนออกจากปอดมากเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดแดงต่ำและ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติได้

3.3.7 ใส่สายดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอโดยระวังไม่ให้ปลายสายดูดเสมหะกระทบกับขอบบนของท่อหลอดลมคอ ใส่ สายดูดเสมหะลึกลงไปจนกระทั่งรู้สึกว่ามีแรงต้านจากการที่ปลายสายดูดเสมหะอยู่บริเวณ carina หรือผู้ป่วยมีอาการไอ ให้ ถอนสายดูดเสมหะออกมาประมาณ 1 – 2 เซนติเมตร และเริ่มดูดเสมหะโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้ออย่างนุ่มนวล

3.3.8 ขณะดูดเสมหะให้ปิดรูควบคุมแรงดูด หรือรูที่ Y- connector และใช้คีบคีบจับสายดูดเสมหะหมุน โดยรอบท่อ หลอดลมคอ โดยใช้เวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10 – 15 วินาที เพื่อช่วยลดการเกิดอันตรายต่อเยื่อบุของ หลอดลมและภาวะออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ

3.3.9 การให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง ก่อนการดูดเสมหะสามารถป้องกันภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ภายหลังดูด เสมหะ แต่ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องคือ

- กรณีก่อนดูดเสมหะ ผู้ป่วยมีเสมหะมากในท่อทางเดินหายใจส่วนบน ไม่ควรเพิ่มออกซิเจนให้ผู้ป่วย โดยการใช้ Ambu bag บีบลมเข้าปอด เพราะจะทำให้เสมหะถูกดันลึกลงไป ในท่อทางเดินหายใจ ทำให้ดูด เสมหะได้ยากขึ้น ดังนั้นควรดูดเสมหะ ออกก่อน หากจำเป็นต้องเพิ่มออกซิเจนก่อนการดูดเสมหะ ควรใช้วิธีให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมีอัตราการไหล ของออกซิเจน 10 – 12 ลิตร ต่อนาที นาน 2 – 3 นาที

- ในระหว่าง และหลังการดูดเสมหะ ผู้ดูดเสมหะต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากการ ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เช่น กระสับกระส่าย หายใจเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น หากพบความ ผิดปกติ ต้องหยุดการดูดเสมหะและเพิ่ม ออกซิเจนให้ผู้ป่วยทันที

รหัสเอกสาร : SP 020_IC/002_000	หน้า 6/10
เรื่อง : การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล	วันที่เริ่มใช้ : 01/10/2566

- หลังจากดูดเสมหะแล้ว เพิ่มออกซิเจนให้ผู้ป่วย โดยการใช้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์กับผู้ป่วยโดยใช้ Ambu bag บีบลม เข้าปอด 3 – 5 ครั้ง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3 นาที หรือให้ผู้ป่วยหายใจเข้า - ออกลึก ๆ จากนั้นจึงเริ่มดูดเสมหะใหม่ตาม ความจำเป็น หากพบว่ายังมีเสมหะคั่งค้างอยู่ จนกระทั่งทางเดินหายใจโล่ง

3.3.10 จำนวนครั้งของการดูดเสมหะไม่ควรเกิน 2 ครั้งต่อ 1 รอบของการดูดเสมหะกรณีผู้ป่วยมีเสมหะมาก ไม่สามารถดูดออกหมดใน 1 รอบ ถ้าต้องดูดเสมหะเพิ่มเติมให้ผู้ผู้ป่วยพักหายใจ 2-3 นาที ก่อนที่จะดูดครั้งต่อไป

3.3.11 ไม่ควรใช้น้ำเกลือ(0.9 เปอร์เซ็นต์โซเดียมคลอไรด์) ใส่ลงในท่อหลอดลมคอก่อนดูดเสมหะเนื่องจากไม่สามารถ ทำให้เสมหะอ่อนตัวได้ แต่เป็นเพียงการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยไอจากการที่น้ำเกลือไปกระตุ้น carina นอกจากนั้นการใส่น้ำเกลือ 0.9 เปอร์เซ็นต์โซเดียมคลอไรด์ ลงในท่อหลอดลมคอ อาจไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซระหว่างถุงลมกับหลอดเลือด ทำให้ระดับ ของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลง และการใช้น้ำเกลือจำนวนมากเกินไปอาจทำให้มีของเหลวคั่งในปอดทำให้ปริมาตร ออกซิเจนในปอดลดลงในกรณีที่มีเสมหะเหนียวข้นมากให้ใช้ ฟัน NSS แทนการหยอด เพื่อให้เสมหะอ่อนตัว

3.3.12 สังเกตและบันทึกลักษณะสี กลิ่น ความเหนียวของเสมหะเพื่อประเมินการติดเชื้อ

3.3.13 เมื่อดูดเสมหะแล้ว ดูดน้ำประปาหรือน้ำเกลือ 0.9 เปอร์เซ็นต์โซเดียมคลอไรด์ ผ่านสายสวนเพื่อล้างสายดูด เสมหะ ปิดเครื่องดูดเสมหะและถอดสายดูดเสมหะเก็บในภาชนะที่มิดชิดเพื่อนำไปเข้ากระบวนการฆ่าทำลายเชื้อที่หน่วยจ่าย กลางและนำมาใช้อีกหรือทิ้งมูลฝอยติดเชื้อถ้าเป็นสายดูดเสมหะที่ใช้ครั้งเดียว

3.3.14 เช็ด Y- connector ด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์จากนั้นหุ้ม Y- connector ด้วยผ้ากอซ ปราศจากเชื้อ

3.3.15 เช็ดหัวต่อ Ambu bag ด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ แล้วหุ้มด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อ

3.3.16 ในกรณีมีน้ำลายหรือเสมหะในปาก ไม่ให้ใช้สายดูดเสมหะที่ใช้ดูดย้ำในปากกลับมาดูดเสมหะในท่อ หลอดลมคออีก เนื่องจากจะทำให้เกิดการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่างได้

3.3.17 เก็บอุปกรณ์ให้เรียบร้อย หลังจากนั้นทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อหรือใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือตามข้อปฏิบัติ การล้างมือข้อ 1.1.1 หลังการปฏิบัติกิจกรรมดูดเสมหะ

รหัสเอกสาร : SP 020_IC/002_000	หน้า 7/10
เรื่อง : การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล	วันที่เริ่มใช้ : 01/10/2566

4. การให้อาหารทางสายยาง



รูปภาพการให้อาหารทางสายยาง

4.1 การเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้และการทำความสะอาดอุปกรณ์ภายหลังใช้แล้ว

- อาหารเหลวที่นำมาจากหน่วยโภชนาการ ควรเตรียมให้ผู้ป่วยทันทีหากจำเป็นต้องเก็บไว้ควรเก็บไว้ในตู้เย็นไม่นานเกิน 24 ชั่วโมง
- กระบอกสำหรับให้อาหาร ล้างให้สะอาดขจัดสิ่งปนเปื้อนออก และส่งทำลายเชื้อโดยหน่วยงานจ่ายกลาง
- ขามรูปไตภายหลังการใช้ขจัดสิ่งปนเปื้อนออกก่อน ล้างด้วยน้ำและผงซักฟอกให้สะอาดผึ่งให้แห้ง
- สำลีชุบแอลกอฮอล์ใช้เช็ดปลายสายยางก่อนและหลังการให้อาหารทางสายยาง
- เหยือก (Jug) สำหรับใส่อาหารเหลวขจัดสิ่งปนเปื้อนออกก่อน ล้างด้วยน้ำและผงซักฟอกให้สะอาดผึ่งให้แห้ง

4.2 ขั้นตอนการให้อาหารทางสายยาง

- 4.2.1 บุคลากรทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อหรือใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือตามแนวปฏิบัติข้อ 1.1.1 ก่อน จัดเตรียมอาหาร และระมัดระวังมิให้อาหารมีการปนเปื้อนขณะจัดเตรียม

รหัสเอกสาร : SP 020_IC/002_000	หน้า 8/10
เรื่อง : การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล	วันที่เริ่มใช้ : 01/10/2566

4.2.2 ซึ่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการให้อาหารทางสายยาง

4.2.3 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งก่อนให้อาหารทางสายยาง โดยการดูดเสมหะหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ ขับเสมหะ ในกรณีที่ผู้ป่วย สามารถไอขับเสมหะออกเองได้

4.2.4 จัดท่าผู้ป่วยนอนศีรษะสูง อย่างน้อย 30-45 องศา ถ้าไม่มีข้อห้าม เพื่อป้องกันการสำลัก และ ช่วยให้อาหารเหลวสามารถ ไหลเข้าสู่กระเพาะอาหารได้

4.2.5 ทดสอบตำแหน่งของสายให้อาหาร และตรวจสอบจำนวนอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร โดยใช้กระบอกให้อาหาร ดูอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร ถ้ามีอาหารเหลือค้างมากกว่า 100 ซีซี ให้ ดูทิ้งไป เลื่อนอาหารมือนั้นออกไป 1 ชั่วโมง หรือถ้ามีอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนอาหารมื้อสุดท้าย ให้งดอาหารมือนั้นไปก่อน และ รายงานให้แพทย์ทราบ

ในกรณีไม่สามารถดูอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารได้ ให้ตรวจดูภายในช่องปากว่าสายให้อาหารหักพับหรือไม่ ถ้าไม่มีการหักพับของสายให้อาหาร ให้ทดสอบโดยดันอากาศประมาณ 10 ซีซี ในกระบอกให้อาหารและฟังเสียงลมในกระเพาะ อาหาร

4.2.6 ให้อาหารทางสายยางอย่างช้า ๆ ประมาณ 10-15 นาที ตามแรงโน้มถ่วงของโลกและ ระมัดระวังไม่ให้อากาศเข้าไปใน กระเพาะอาหารขณะให้อาหาร ในกรณีที่ใช้วิธีการหยุดควรปล่อยให้อาหาร ไหลลงสู่กระเพาะอาหารอย่างช้า ๆ โดยไม่ควรให้เร็ว กว่า 30-60 นาทีหรือพิจารณาให้ตามปริมาณอาหารตาม แผนการรักษาของแพทย์

4.2.7 หยุดให้อาหารเมื่อผู้ป่วยมีอาการไอหรือสำลัก และดูแลให้อาหารต่อเมื่อผู้ป่วยหยุดไอ

4.2.8 ดูแลให้ได้รับน้ำหลังการให้อาหารทุกมื้อ เพื่อป้องกันสายยางให้อาหารอุดตัน และป้องกันการ เจริญของเชื้อแบคทีเรีย และ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

4.2.9 หลังให้อาหาร จัดท่าผู้ป่วยนอนยกศีรษะสูงต่อ อีกอย่างน้อย 1 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการไหล ย้อนกลับของอาหารซึ่งจะทำให้เกิดการสำลักได้

4.2.10 หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะภายหลังการให้อาหาร 1 – 2 ชั่วโมง เนื่องจากการดูดเสมหะเป็นการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยอาเจียน

และเกิดการสำลักได้ ยกเว้นในผู้ป่วยบางรายที่มีเสมหะมาก อาจพิจารณาตามสถานการณ์ และความปลอดภัย ของผู้ป่วย

4.2.11 เก็บของใช้ทำความสะอาดให้ถูกต้องตามขั้นตอนดังข้างต้น

รหัสเอกสาร : SP 020_IC/002_000	หน้า 9/10
เรื่อง : การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล	วันที่เริ่มใช้ : 01/10/2566

4.2.12 บุคลากรล้างมือโดยการใช้น้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อหรือใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือตามแนวปฏิบัติ 1.1.1 หลังการ ปฏิบัติกิจกรรมให้อาหารทางสายยาง

5.การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ (Tracheotomy tube care)

5.1 การทำแผลท่อหลอดลมคอ ควรมีการทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อมีสารคัดหลั่งปนเปื้อนมากโดย ปฏิบัติดังนี้

5.1.1 ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและน้ำยาทำลายเชื้อ ตามแนวปฏิบัติข้อ 1.1.1

5.1.2 สวมถุงมือปราศจากเชื้อหรือกรณีใช้ถุงมือสะอาดให้ใช้ forceps ปราศจากเชื้อในการทำแผลแทน

5.1.3 คีบผ้าปิดแผลออกสังเกตลักษณะแผลและ Discharge จากแผลเพื่อประเมินการติดเชื้อ

5.1.4 ใช้ forceps ปราศจากเชื้อ คีบสำลีชุบน้ำเกลือล้างแผล (Normal saline) เช็ดรอบๆ แผลวนจากด้านในออกด้าน นอกครึ่งประมาณ 2 นิ้วใช้น้ำเกลือล้างแผลเช็ดปากท่อหลอดลมคอชั้นนอก หลังจากนั้นเช็ดผิวหนัง บริเวณใต้หลอดลมคอจน สะอาด

5.1.5 สอดผ้าปิดแผลปราศจากเชื้อที่พับเป็นรูปสี่เหลี่ยม หรือตัดเป็นรูปตัว y เข้าใต้ปากท่อหลอดลมคอจากบนลงล่าง

5.1.6 ปิดพลาสติกที่ผ้าปิดแผล

5.1.7 เปลี่ยนผ้าแถบที่ผูกยึดท่อหลอดลมคอ เมื่อสกปรก

5.1.8 ทิ้งขยะจากการทำแผลในขยะติดเชื้อ

5.1.9 ล้างมือให้สะอาดครบตามขั้นตอนการล้างมืออีกครั้ง

5.2 การทำความสะอาดและการเปลี่ยน Inner tube โดยทำความสะอาด และเปลี่ยนทุก 8 ชั่วโมงหรือเมื่อสกปรกโดยปฏิบัติ ดังนี้

5.2.1 ผู้ปฏิบัติสวมถุงมือสะอาด

5.2.2 กรณีที่ท่อหลอดลมคอเป็นชนิด Jackson tube ให้ปลดข้อต่อออก

5.2.3 ท่อหลอดลมคอ ทำความสะอาดโดยถอด inner tube ขจัดสิ่งปนเปื้อน โดยแช่ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์กับ 0.9%NSS ในอัตราส่วน 1: 1 และล้างด้วย 0.9%NSS

5.2.4 เช็ดให้แห้งด้วยผ้ากอซปราศจากเชื้อก่อนจะนำไปใช้กับผู้ป่วย

5.2.5 ก่อนใส่ inner tube หากพบมีเสมหะให้ดูดเสมหะภายใน outer tube ออกก่อนเสมอ

5.2.6 สวมถุงมือสะอาดและใช้มือข้างที่ไม่ถนัดจับท่อหลอดลมคอที่เป็น outer tube ส่วนมือข้างที่ถนัดให้จับ inner tube ใส่อย่างนุ่มนวล หมุนปุ่มล็อก inner tube ไว้

รหัสเอกสาร : SP 020_IC/002_000	หน้า 10/10
เรื่อง : การป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล	วันที่เริ่มใช้ : 01/10/2566

5.2.7 ภายหลังการถอดถุงมือแล้วล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อหรือใช้แอลกอฮอล์ถูมือตามข้อบ่งชี้

เครื่องชี้วัดคุณภาพ

1. อัตราการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
2. อัตราการป่วยของเจ้าหน้าที่จากการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. บุญมี สถาปัตยวงศ์, บรรจง วรรณยิ่ง คู่มือปฏิบัติงานการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สุพรการ พิมพ์.2542

สำนักการพยาบาล.การป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในสถานบริการ สาธารณสุขสำหรับพยาบาล.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การขนส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.2546.

อะเคื้อ อุณหเลขณะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง. 2544

อะเคื้อ อุณหเลขณะ. การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.กรุงเทพฯ:เจซีซีการพิมพ์ 2 กันยายน 2542