

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิตเช่นเดียวกับผู้ป่วยหนัก ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรพยาบาล เพราะถ้าไม่ได้รับการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดแล้วอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมามากมาย เช่น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ภาวะลมแตก และเกิดภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอดเนื่องจากปรับตั้งความดันของเครื่องช่วยหายใจสูงเกินไป เกิดแผลในกระเพาะอาหารจากภาวะเครียด ถ้าแผลในกระเพาะอาหารมีขนาดใหญ่ ก็อาจมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามมาได้ เป็นต้น นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างยิ่งจากการใช้เครื่องช่วยหายใจคือ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะการติดเชื้อของปอดหรือปอดอักเสบ ( สมจิต หนูเจริญกุล, 2534; Inglis, 1990 ) ในปัจจุบันพบว่ามีความโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น โดยจากการสำรวจของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ( The Center for Disease Control and Prevention: CDC ) พบว่าปอดอักเสบเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากเป็นอันดับที่สองรองจากการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยพบการเกิดประมาณร้อยละ 18 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด ( Horan et al., 1986 ) และอัตราการติดเชื้อจะพบสูงขึ้น 6 ถึง 21 เท่าในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ( Grap & Munro, 1997 ) จากการศึกษาของเมย์ฮอลล์ ( Mayhall, 1996 ) พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนานเกินกว่า 48 ชั่วโมง จะมีอัตราการเกิดปอดอักเสบร้อยละ 25 ถึง 40 และความเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และจากการศึกษาของครอสและรูฟ ( Cross & Roup, 1981 ) พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบสูงถึงร้อยละ 66 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจพบอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบเพียงร้อยละ 0.3 สำหรับอุบัติการณ์ในประเทศไทยจากการศึกษาของพรพนทิพา ประยงค์พันธ์ ( 2540 ) ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบอุบัติการณ์ของปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 20.22 คน

ต่อผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 100 คน ส่วนการศึกษาของสุภรณ์ ผลรักษ์, สุนิดา อติชาติ, และภุชววรรณ อัมพันพงษ์ (2534) ในโรงพยาบาลชลบุรี พบอุบัติการณ์ของปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงถึง 40.8 คนต่อผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 100 คน

จากอุบัติการณ์ของการติดเชื้อดังกล่าวร่วมกับรายงานการศึกษาต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีส่วนสัมพันธ์หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อนอกจากขึ้นกับปัจจัยทางด้านผู้ป่วยซึ่งได้แก่ อายุ ภาวะโภชนาการ โรคเดิมของผู้ป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ภาวะภูมิคุ้มกันโรค และปัจจัยทางด้านเชื้อที่ก่อให้เกิดโรซึ่งอาจเป็นเชื้อจุลชีพภายในหรือภายนอกตัวของผู้ป่วยเองแล้ว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ก็นับได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วย อาทิเช่น เครื่องมือทางการแพทย์ อากาศ อาหาร น้ำ รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ ผู้ทำการรักษา และบุคลากรพยาบาลผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (Bennett & Brachman, 1992 ; Mayhall, 1996) โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดทั้ง 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่าเทคนิคในการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยหลายอย่าง เช่น การสัมผัสร่างกายผู้ป่วย การดูแลอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจต่างๆ และการดูแลเสมหะ เป็นต้น เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อได้เช่นกัน ถ้าบุคลากรพยาบาลขาดความระมัดระวังในขณะปฏิบัติจะทำให้มีโอกาสที่เชื้อจุลชีพสามารถแพร่กระจายสู่ผู้ป่วยได้ง่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะการแพร่กระจายจากการสัมผัสผ่านทางมือของบุคลากรพยาบาล (Parent, 1992) ดังจะเห็นได้จากรายงานการระบาดของเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ในปีค.ศ. 1992 ในหอผู้ป่วยหนัก ที่ประเทศสก๊อตแลนด์ จากการปนเปื้อนของแบคทีเรียในละอองน้ำที่รวมตัว (condensate) ค้างอยู่ภายในสายต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจ และเชื้อแพร่กระจายสู่ระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยโดยมือของบุคลากรพยาบาลที่ละเลยการล้างมือ ขณะเหนื้ที่ค้างอยู่ภายในสายต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจทั้งก่อนการดูแลผู้ป่วย (Gorman, Sanai, Notman, Grant, & Mosterton, 1993) นอกจากนี้ยังมีรายงานการระบาดของปอดอักเสบจากเชื้อ *Acinetobacter calcoaceticus* ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ถุงมือของบุคลากรพยาบาลไม่ถูกต้องคือ ไม่มีการเปลี่ยนถุงมือและไม่ล้างมือในระหว่างการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย (Patterson et al., 1991) สำหรับการดูแลเสมหะสามารถทำให้เชื้อจุลชีพทั้งจากสิ่งแวดล้อม หรือเชื้อจุลชีพที่มาอาศัยอยู่ภายในบริเวณ ปากและคอของผู้ป่วยเข้าสู่ปอดได้โดยตรง ในขณะที่ใส่สายดูแลเสมหะเข้าไปในท่อทางเดินหายใจ โดยจากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* ที่ดีด้อยยา Gentamicin และ

Ciprofloxacin ในหอผู้ป่วยหนัก ที่เกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อในภาชนะที่ใช้จัดเก็บสายดูดเสมหะ และเชื่อดังกล่าวปนเปื้อนสู่มือของบุคลากรพยาบาล ในขณะที่ปลดสายดูดเสมหะและเปลี่ยนสายดูดเสมหะใหม่ก่อนที่จะทำการดูดเสมหะของผู้ป่วย ( Jumaa & Chattopadhyay, 1994 ) และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการติดเชื้อมีกับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก และจำนวนครั้งของการดูดเสมหะที่ผู้ป่วยได้รับ ( Cook, Hecht, & Snyderman, 1989 )

ผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นจากการต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาานาน ซึ่งจากการศึกษาของ คอลเลฟ, ซิลเวอร์, เมอร์ฟี, และโทรวิลเลียน ( Kollef, Silver, Murphy, & Trovillion, 1995 ) พบว่าระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบจะเท่ากับ  $25 \pm 19.8$  วัน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดปอดอักเสบซึ่งใช้เวลาใส่เครื่องช่วยหายใจเพียง  $12.6 \pm 8.9$  วัน สำหรับระยะเวลาที่อยู่ที่รักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบจะอยู่เป็นระยะเวลานานกว่า โดยจากการศึกษาของฟาγονและคณะ ( Fagon et al., 1993 ) พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจจะมีระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ 13 วัน สำหรับอัตราตายพบว่าปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จะมีอัตราตายอยู่ระหว่างร้อยละ 26-71 เฉลี่ยประมาณร้อยละ 43 ( George, 1993 ) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งค่ายาปฏิชีวนะ ค่าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าอุปกรณ์ต่างๆ จากการศึกษาของ สุทธิดา ชินอุดมพงศ์, สุพิตรา พงษ์ศักดิ์, ศรีเพ็ญ เจริญภูมิ, อรรถกร โกเนตสุวรรณ, และสายทิพย์ วงศ์ขิม ( 2534 ) ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พบว่าผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเสียค่าใช้จ่ายทั้งหมดเป็นเงิน 198,346 บาทต่อคน สำหรับในต่างประเทศผู้ป่วยจะเสียเงินส่วนเกินประมาณ 5,683-5,800 เหรียญสหรัฐ ต่อคน ( Fagon et al., 1993; George, 1995 )

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงทำให้มีผู้สนใจค้นคว้าหามาตรการในการควบคุมและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งนี้เพราะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะประสบผลสำเร็จในการรักษาพยาบาลได้นั้น จะต้องมี การดูแลผู้ป่วยอย่างดี และถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งไนโคทรา และอูลริช ( Nicotra & Ulrich, 1996 ) สรุปว่าการที่จะลดอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบได้ นอกเหนือจากการมีนโยบายเกี่ยวกับการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อของเครื่องมือ เครื่องใช้ ในอุปกรณ์ช่วยหายใจที่ถูกต้องแล้วควรให้ความสำคัญกับการ

อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องด้วย

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีขนาด 1849 เตียง ( ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541 ) แผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลมีจำนวนเตียงรวม 290 เตียงเป็นหน่วยงานที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่รักษาทางยา ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมักมีอาการหนักและมีความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย มีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ เป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ อยู่ในภาวะวิกฤตที่มีภาวะการหายใจไม่เพียงพอ หรือถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเขตภาคเหนือ จากผลรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของแผนกอายุรกรรม ระหว่างเดือน เมษายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2539 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ 4.0 ครั้ง ต่อผู้ป่วยจำหน่าย 100 ราย โดยตำแหน่งที่พบเกิดการติดเชื้อสูงสุดคือระบบทางเดินหายใจคิดเป็นร้อยละ 50.6 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจเป็นปัญหาสำคัญของแผนกอายุรกรรม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยทางอายุรกรรมส่วนใหญ่มักมีปัญหาของระบบทางเดินหายใจและต้องได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยพบการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจมากที่สุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จากสถิติในระหว่างเดือน เมษายน ถึงเดือน กันยายน 2540 แผนกอายุรกรรมดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเฉลี่ยประมาณวันละ 22 คน และจากการตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมคุณภาพทางการแพทย์ ฝ่ายการพยาบาลจึงได้จัดให้มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลขึ้นเมื่อปีพ.ศ. 2538 เพื่อมีหน้าที่กำหนดและควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของทางแผนก คณะกรรมการได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ประกอบเป็นคู่มือสำหรับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยขึ้นหลายกิจกรรม และคู่มือที่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้แก่ " มาตรฐานการพยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง " และ " มาตรฐานการพยาบาลเรื่องการดูดเสมหะ " ซึ่งได้ประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 2 มิถุนายน และ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2540 ตามลำดับ ถึงแม้จะมีการกำหนดคู่มือในการปฏิบัติขึ้นดังกล่าวแต่พบว่ายังไม่มีการจัดทำมาตรฐาน หรือกำหนดคู่มือโดยเฉพาะสำหรับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยตรง ซึ่งจะสามารถครอบคลุมถึงปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ทั้งหมด ซึ่งได้แก่ การดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว การดูแลท่อทางเดินหายใจและส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจต่าง ๆ ( Tablan et al., 1994 ) ทั้งนี้

เนื่องจากปัญหาของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และการแพร่กระจายของเชื้อจุลินทรีย์ผู้ป่วยมาได้จากหลายทาง อีกทั้งบุคลากรพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยและช่วยในการดูแลผู้ป่วยมีหลายระดับ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและลักษณะอุปนิสัยเฉพาะคนของบุคลากร และยังไม่เคยมีการประเมินถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของบุคลากรแต่ละระดับมาก่อน และด้วยเหตุที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างการบริหารและการให้บริการแตกต่างไปจากโรงพยาบาลทั่วไป คือเป็นโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นทางด้าน การสอนและให้บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (tertiary care) โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อน รวมทั้งให้คำปรึกษาและรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ในภาคเหนือ อีกทั้งเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติของนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ และเทคนิคการแพทย์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงทำให้มีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยในการตรวจวินิจฉัยมีการรักษาต่าง ๆ ที่ซับซ้อนเพื่อใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย และมีผลทำให้บุคลากรพยาบาลต้องปฏิบัติกิจกรรมหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน อีกทั้งบุคลากรบางระดับต้องปฏิบัติกิจกรรมที่นอกเหนือจากความรู้หรือการอบรมที่เคยได้รับมาซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งได้แก่ การดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว การดูแลให้ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร การดูแลดูดเสมหะโดยใช้เครื่องดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง และการดูแลท่อทางเดินหายใจและส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติเพื่อกำหนดใช้เป็นมาตรฐานหรือคู่มือ และวางแผนพัฒนาศูนย์พยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันและควบคุมปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นแนวทางให้ผู้บริหารในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาล

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาล ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาล ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา การปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541 ถึง วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2542

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**บุคลากรพยาบาล** หมายถึง บุคคลทางการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่หรือช่วยปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

**การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของบุคลากรพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบ ซึ่งสามารถประเมินได้จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ สังเกตการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับ การดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว การดูแลดูดเสมหะโดยใช้เครื่องดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง การดูแลให้ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร การดูแลท่อทางเดินหายใจและส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจต่าง ๆ

**แผนกอายุรกรรม**

หมายถึง สถานที่ที่ให้บริการดูแลรักษา แก่ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่รักษาทางยา จำนวน 8 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3