

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การใช้แถบสีประเมินผลกดทับ

เสนอโดย

นางสาวสุกัญชา ก้อนคำ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 686)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 8 วัน (ตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม – 27 มีนาคม พ.ศ.2552)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง(Hydrocephalus) คือ ความผิดปกติที่มีน้ำในโพรงสมองมากเกินไป เนื่องจากท่อทางเดินน้ำหล่อสมองและไขสันหลังอุดตัน ทำให้น้ำที่อยู่ในสมองและไขสันหลัง ซึ่งปกติเป็นตัวคอยป้องกันและหล่อเลี้ยงสมองไม่ให้เกิดทับส่วนกะโหลก เกิดคั่งจนท่วมอยู่ในสมอง ทำให้เกิดความดันในช่องสมองสูง คั้นช่องสมองออกไปเบียดเนื้อสมอง และคั้นกะโหลกศีรษะให้โตออก จนมีขนาดใหญ่มากผิดปกติ

พยาธิสรีรวิทยา

น้ำหล่อสมองและไขสันหลัง ส่วนใหญ่สร้างจาก Choroid plexus มีส่วนประกอบคล้ายพลาสมา ต่างกันที่โปรตีนและเกลือแร่ต่ำกว่า สร้างประมาณวันละ 500 มิลลิลิตร ทำหน้าที่หล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง รองรับการกระแทก มีการไหลเวียนเริ่มจากการสร้างโดยกรองสารจากเลือดที่ Choroid plexus ในโพรงสมอง ไหลผ่านโพรงสมองต่างๆ ได้แก่ Lateral ventricle foramen of monro , 3rd ventricle , aqueduct of sylvius , 4th ventricle ออกจากโพรงสมองผ่าน Foramen of Lushka ด้านข้างและ Foramen of Magendie ด้านบนของ 4th ventricle ไปยังช่องใต้เยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง (Subarachnoid space) ที่สมอง Subarachnoid space จะเรียกชื่อตามตำแหน่งที่ห่อหุ้มสมอง เช่น Cisterna magna เป็นแอ่งบริเวณ Cerebellum (Posterior fossa) Basal cistern เป็นแอ่งบริเวณฐานกะโหลก จาก Subarachnoid space ที่ผิวสมองจะไหลกลับเข้าสู่หลอดเลือดดำที่ Superior sagittal sinus ผ่าน Arachnoid villi , Pachionian granulation แต่ถ้าเกิดพยาธิสภาพขึ้น โดยสาเหตุใดก็ตามที่ทำให้มีน้ำไขสันหลังคั่งใน subarachnoid space จะทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (การดูดซึมของน้ำไขสันหลังจะเพิ่มขึ้นและ สามารถเพิ่มขึ้นได้ถึงประมาณ 4 เท่าของการสร้าง)

สาเหตุ

1. ความผิดปกติแต่กำเนิดมักเกิดจากการอุดตันของทางผ่านของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของท่อที่จะทำให้มีน้ำไขสันหลังที่จะผ่านออกมาจากสมองมีการตีบหรือไม่มีช่องว่าง
2. โรคต่างๆ เช่น บาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในสมอง เนื้องอกสมอง

อาการและอาการแสดง

1. ในเด็ก จะมีศีรษะโตกว่าปกติ มีรอยต่อกะโหลกศีรษะแยกออกจากกัน รอยเปิดกะโหลกโป่งตึงหนังศีรษะบางและเห็นเส้นเลือดดำ อาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ ตามัว อาเจียน ตาถลอกลงล่าง กลอกขึ้นบนไม่ได้ ตาเข้เข้าในมองไปด้านข้างไม่ได้ พัฒนาการล่าช้า เป็นต้น

2. ในผู้ใหญ่ มีอาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ความรู้สติเปลี่ยนแปลง สับสน ซึมลง อาการจำเพาะ เช่น การเดินผิดปกติ เดินไม่ได้ อาการสมองเสื่อม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น
การรักษา

1. การรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ Acetazolamide จะช่วยลดการสร้างน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง
2. การรักษาโดยการผ่าตัด ใส่ท่อระบายCSF ซึ่งการผ่าตัดที่นิยมทำคือ Shunt Procedure ได้แก่

VP shunt, VA shunt

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง

ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองเป็นภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรมประสาท การตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุและให้การรักษาอย่างถูกต้องโดยรักษาสาเหตุและระบายน้ำในโพรงสมองไปยังภายนอกหรือภายในช่องของร่างกาย ผลการรักษามักดีเยี่ยมผู้ป่วยหายเป็นปกติ ดังนั้นการผ่าตัดจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง จึงเป็นหน้าที่และบทบาทของพยาบาลที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและครบถ้วน

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมด้านร่างกาย

- 1.1 การเตรียมร่างกาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดร่างกาย งดน้ำและอาหารทุกชนิดเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด และการ โคนศีรษะเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
- 1.2 เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด การถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ ใส่น้ำสวนปัสสาวะ ใส่น้ำระบายสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดและการให้ยากันชักตามแผนการรักษา
- 1.3 การบันทึกสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูปร่างของรูม่านตาและการมีปฏิกิริยาต่อแสง การเคลื่อนไหวและกำลังกล้ามเนื้อของแขนขา ความบกพร่องของประสาทสมอง

2. การเตรียมทางด้านจิตใจ

- 2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
- 2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัดเช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสาสวนปัสสาวะ การใส่น้ำระบายกระเพาะอาหาร และการใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดได้ เป็นต้น
- 2.3 ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น การพลิกตะแคงตัว การดูแลแผล และ การติดต่อสื่อสาร โดยการเขียน หรือการอ่านริมฝีปาก

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

1. จัดให้ออนสิริษะสูง 15 - 30 องศา
2. ดูแลทางเดินหายใจไม่ให้อุดตัน โดยการดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอและพลิกตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง
3. ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ซีพจร
 - 3.1 ตรวจสอบการหายใจของผู้ป่วยและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้สัมพันธ์กัน
 - 3.2 เจาะเลือดหาค่าความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง (blood gas) ตามแผนการรักษาและ ติดตามผล
4. ตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูปร่างของรุ่ม่านตาและการมีปฏิกิริยาต่อแสง การเคลื่อนไหวและกำลังกล้ามเนื้อของแขนขา ความบกพร่องของประสาทสมอง การวัดอุณหภูมิ ซีพจร การหายใจและความดันโลหิต ในระยะแรกต้องบันทึกบ่อยๆ ทุก 15 นาที หรือ 30 นาที เมื่ออาการคงที่ บันทึกทุก 1-2 ชั่วโมง หรือทุก 4 ชั่วโมง
5. การให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์
6. การดูแลเกี่ยวกับแผลผ่าตัดและท่อระบาย ให้ทำงานอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบปิด
7. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน
8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น electrolytes ฯลฯ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองจะทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยจะมีอาการหมดสติอย่างรวดเร็ว ความรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการ โคม่าและหยุดหายใจจากความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การที่ผู้ป่วยมีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองถือเป็นภาวะวิกฤติ ที่ต้องให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ ตลอดเวลาของการดูแลรักษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี มาโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ด้วยประวัติ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะเหนื่อย หูด ไม่ได้จึงไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชัชวาท จังหวัดชัชวาทแพทย์สั่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่าผู้ป่วยมีเส้นเลือดสมองตีบแต่ไม่ได้ทำผ่าตัด เนื่องจากญาติขอส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกรุงเทพ ซึ่งแพทย์ได้ส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำพบว่ามีน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ญาติขอส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เพื่อใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ แพทย์ให้การรักษาโดยทำการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองลงช่องท้อง หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้ย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม แรกรับผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก ประเมินอาการทางระบบประสาทพบว่าผู้ป่วยซึมลง แพทย์ให้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำพบว่าสมองบวมมาก จึงใส่ท่อหลอดลมคอและต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้สมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเสมอ จัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ให้ปลอดภัยตัวได้เต็มที่ ระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวจึงสอนการหายใจทางท่อหลอดลมคอและการไออย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกในวันที่ 5 หลังการผ่าตัด ระหว่างการดูแลผู้ป่วยมีภาวะของสมองบวม ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดสมองบวมตามแผนการรักษา บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและสารน้ำออก นอกจากนี้ ประเมินอาการผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากผ่าตัด ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะเลือดออกในสมองหลังการผ่าตัด ให้การพยาบาลโดย ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท และวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการชักเกร็ง ประเมินอาการทางระบบประสาทได้คะแนนเท่ากับ 11 สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาและพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย หลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังคงง่วงนอนจึงมีโอกาสดังกล่าวไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย ดูแลให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์หลายระบบและติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้ให้ การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อและให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อ นอกจากนี้ได้แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพบนเตียง โดยขยับแขนขา ผีกรหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ จนกระทั่งผู้ป่วยหายใจเองได้ดี พื้นตัวดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนได้ด้วยตนเอง แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 66 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพแม่บ้าน นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร เลขที่ภายนอก 11425/52 เลขที่ภายใน 5066/52 มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2552 เวลา 00.45 น.ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีประวัติ 1 เดือนก่อนมา มีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อย พูดไม่ได้ จึงไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชัชชาติ จังหวัดชัชชาติแพทย์สั่งทำ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่าผู้ป่วยมีเส้นเลือดสมองตีบแต่ไม่ได้ทำผ่าตัด เนื่องจากญาติของส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกรุงเทพซึ่งแพทย์ได้สั่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ พบว่ามีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง ญาติขอส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เพื่อใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินผู้ป่วยมีอาการซึมลง ไม่พูด สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 140/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยลืมตาได้เอง (E₄) แขนขา ขยับได้แต่อ่อนแรงเล็กน้อย (M₄) ด้านขวาอ่อนแรงมากกว่าด้านซ้าย การพูดผู้ป่วยไม่พูดและไม่ส่งเสียง (V₁) คะแนนทางระบบประสาทได้ 6 ภูมิคุ้มกันขาด 2 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปกติ ผลการตรวจภูมิคุ้มกันวิทยา (Anti - HIV) ไม่พบการติดเชื้อ แพทย์รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เวลา 01.45 น. แพทย์ได้อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ แผนการรักษาและความจำเป็นในการผ่าตัดกับญาติ เวลา 10.00 น.ผู้ป่วยได้ทำ

การผ่าตัดได้สายระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองลงช่องท้อง ระวังความรู้สึกโดยวิธีการดมยาสลบ ประมาณการสูญเสียเลือด 50 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้ย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เวลา 13.00 น. แกรับผู้ป่วยหายใจ โดยให้ออกซิเจนทางหน้ากาก อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพความดันโลหิตวัดได้ 160/83 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 ประเมินอาการทางระบบประสาท วัดระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยไม่ลืมตา (E₁) แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย (M₄) ด้านขวา ยังอ่อนแรงมากกว่าด้านซ้าย ประเมินการพูดผู้ป่วยไม่พูดและไม่ส่งเสียง (V₀) คะแนนทางระบบประสาทได้ 6 ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที 2 ชั่วโมงต่อมาหลังจากประเมินสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทซ้ำพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมลง กลาสโกว์โคมาสเกลได้เท่ากับ 3 แพทย์ให้สั่งทำ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำพบว่าสมองบวมมาก จึงได้ท่อหลอดลมคอและต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจ โดยตั้งเครื่องให้ช่วยควบคุมการหายใจทั้งหมด (control mandatory ventilation : CMV) ปริมาตรหายใจเข้า 500 มิลลิลิตรต่อครั้ง อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นออกซิเจนร้อยละ 40 ผู้ป่วยหายใจได้ดีไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16 -20 ครั้งต่อนาที และสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้า 400 มิลลิลิตรต่อครั้ง วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100 จัดทำนอนหงายศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ประเมินคะแนนทางระบบประสาทเพิ่มขึ้นเท่ากับ 9T ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก (E₃) ทำตามคำสั่งได้ (M₆) แขน ขาด้านขวายังอ่อนแรงมากกว่าด้านซ้าย ใส่ท่อช่วยหายใจ (V_T) ม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/70 -140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Mannitol 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง Dexamethsone 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ประเมินอาการแพ้ยาทุกครั้งหลังการให้ ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยา ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะเวลาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกหลังได้รับยา Mannitol รวมจำนวนปัสสาวะในเวรทั้งหมด 1000 มิลลิกรัม ผู้ป่วยได้รับ ยาแก้อันชัก Depakin 400 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง จัดตั้งเวดล้อมให้สงบลดสิ่งกระตุ้นป้องกันอาการชัก ผู้ป่วยมีปัญหาปวดแผลที่ศีรษะ ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ pain score ได้ 10 คะแนน ได้ให้ยาบรรเทาปวด Tramol 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย จัดทำนอนที่ผู้ป่วยสุขสบาย ประเมินซ้ำหลังได้ยาแก้ปวด คะแนนความเจ็บปวดได้ 3 คะแนน ผู้ป่วยสามารถหลับได้ ระหว่างนั้นยังคงงดน้ำ งดอาหาร จึงมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย จัดให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9 NSS ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1,000 มิลลิกรัม อัตราไหล 80 มิลลิกรัมต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร Omeprazole 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้งตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์หลายระบบและติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ขณะอยู่ในความดูแลได้ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิค

ปลอดเชื้อและให้ยาปฏิชีวนะ Fosmycin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง และ Fortum 1 กรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อ

วันที่ 21 มีนาคม 2552 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัว ประเมินคะแนนทางระบบประสาทเท่ากับ 9T ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก (E3) ทำตามคำสั่งได้ (M6) แขน ขาด้านขวายังอ่อนแรงแมกกว่าด้านซ้าย ใส่ท่อช่วยหายใจ (V1) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง หายใจทางท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรโดยตั้งให้เครื่องช่วยควบคุมการหายใจทั้งหมด ผู้ป่วยหายใจได้ดีไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที คุณสมพะให้ทางเดินหายใจโล่ง จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 99-100 ชีพจรอยู่ระหว่าง 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/80-150/90 มิลลิเมตรปรอท แผลที่ศีรษะไม่มีเลือดซึม เวลา 10.00 น. อุณหภูมิของร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ระหว่าง 70-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-18 ครั้งต่อนาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 99-100 ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ ขณะหายใจออกอยู่ระหว่าง 32-36 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 25-40) ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/70-150/90 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย ยังคงให้ยาลดสมองบวม Mannitol 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมงต่อ ให้สารน้ำ 0.9NSS ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1,000 มิลลิกรัม อัตราไหล 40 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง เริ่มให้อาหารปั่นผสมทางสายยาง อัตราส่วน 1 ต่อ 1 ปริมาณ 100 มิลลิกรัม จำนวน 5 มื้อ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ครบได้ทุกมื้อ ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล คะแนนความเจ็บปวด 8 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวด Tramol 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา จัดทำนอนที่ผู้ป่วยสุขสบาย ประเมินซ้ำหลัง ได้ยาแก้ปวด คะแนนความเจ็บปวดได้ 3 คะแนน ผู้ป่วยสามารถหลับได้ ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอนในถุง จำนวน 920 มิลลิกรัม

วันที่ 23 มีนาคม 2552 ประเมินคะแนนทางระบบประสาทเท่ากับ 9T ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก (E3) ทำตามคำสั่งได้ (M6) แขน ขาด้านขวายังอ่อนแรงแมกกว่าด้านซ้าย ใส่ท่อช่วยหายใจ (V1) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง หายใจทางท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรให้เครื่องช่วยหายใจบางส่วน (synchronize intermittent mandatory ventilation : SIMV) ความเข้มข้นออกซิเจนร้อยละ 40 ปริมาตรหายใจเข้า 500 มิลลิกรัมต่อครั้ง อัตราการหายใจ 8 ครั้งต่อนาที ช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศในขณะที่ผู้ป่วยหายใจเข้า 10 เซนติเมตรน้ำ ตั้งความดันบวกในทางเดินหายใจขณะหายใจออก 5 เซนติเมตรน้ำ อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้งต่อนาที ปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้า 400 มิลลิกรัมต่อครั้ง วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 99-100 ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ขณะหายใจออกอยู่ระหว่าง 32-36 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 77-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130/70-150/80 มิลลิเมตรปรอท ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการพบผลการตรวจโลหิตวิทยา ฮีโมโกลบิน 8.6 กรัม/เดซิลิตร (ค่าปกติ 11-16 กรัม/เดซิลิตร) ฮีมาโตคริต 27.2 Vol% (ค่าปกติ 35-47

Vol%) ระดับเม็ดเลือดขาว 13,150 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร(ค่าปกติ 5,000-10,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) เกล็ดเลือด 169,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 140,000-450,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) ผลการตรวจทางเคมีคลินิก โซเดียม 134 mmol/l (ค่าปกติ 136 – 145 mmol/l) โพแทสเซียม 3.3mmol/l (ค่าปกติ 3.5 – 5.1 mmol/l) คลอไรด์ 99 mmol/l (ค่าปกติ 100- 110 mmol/l) คาร์บอนไดออกไซด์ 26 mmol/l (ค่าปกติ 22 – 32 mmol/l) ดูแลให้ได้รับเลือด 2 ถุง ตามแผนการรักษา ให้โพแทสเซียมคลอไรด์ 15 มิลลิตรทางสายยางให้อาหาร ทุก 4 ชั่วโมง ดังนี้ เวลา 06.00น. 10.00น. และ 14.00น. เพิ่มจำนวนอาหารปั่นผสมทางสายยาง อัตราส่วน 1 ต่อ 1 จำนวน 300 มิลลิตร ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด ให้ยา Paracetamol (500 มิลลิกรัม) 2 เม็ด ทางสายยางให้อาหารทางจมูก ให้สารน้ำ 0.9 NSS ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1,000 มิลลิตรอัตราไหล 40 มิลลิตรต่อชั่วโมง บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายพบว่าน้ำเข้า 1,210 มิลลิตรน้ำออก 1,500 มิลลิตร

วันที่ 25 มีนาคม 2552 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัว ประเมินคะแนนทางระบบประสาทเท่ากับ 9T ผู้ป่วยลิ้มคาเมื่อเรียก (E₃) ทำตามคำสั่งได้ (M₆) แขนขาข้างขวายังอ่อนแรงมากกว่าด้านซ้าย ใส่ท่อช่วยหายใจ (V_T) ม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง หายใจทางท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ เริ่มปรับลดเครื่องช่วยหายใจ เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเอง และวางแผนถอดท่อช่วยหายใจออก โดยตั้งเครื่องช่วยหายใจชนิดให้ผู้ป่วยหายใจเอง (continuous positive airway pressure :CPAP) ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 เพิ่มปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้า 6 เซนติเมตรน้ำ ตั้งความดันบวกในทางเดินหายใจขณะหายใจออก 5 เซนติเมตรน้ำ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 70-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/70 -140/80 มิลลิเมตรปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100 ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ขณะหายใจออกได้ค่าอยู่ระหว่าง 30 –36 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยหายใจได้ดีไม่หอบเหนื่อย เวลา 14.00 น. ประเมินการหายใจของผู้ป่วย ก่อนถอดท่อช่วยหายใจ อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16 -22 ครั้งต่อนาที ปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้า 400 -500 มิลลิตรต่อครั้ง วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100 ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-76 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท ดูแลดูแลเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่ง จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศาและถอดท่อช่วยหายใจออกด้วยความนุ่มนวล ใส่ออกซิเจน mask with bag อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและไอขับเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 14 -20 ครั้งต่อนาที ชีพจรอยู่ระหว่าง 70 -80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/70 - 130/90 มิลลิเมตรปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 96 - 98 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ประเมินอาการทางระบบประสาท คะแนนเท่ากับ 10 ลิ้มคาตัวเอง (E₄) ไม่ส่งเสียง (V₁) ทำตามคำสั่งได้ (M₆) แขนขาข้างขวายังอ่อนแรงกว่าด้านซ้าย รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง เวลา 20.00 น. ผู้ป่วยหายใจได้เองดี เปลี่ยนจากออกซิเจน Mask with bag เป็นออกซิเจน

canular อัตราการไหลของออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 14-18 ครั้งต่อนาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วร้อยละ 96-98 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารทางจมูก ผู้ป่วยรับได้ดี ให้สารน้ำ 0.9 NSS ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูต่อไป

วันที่ 26 มีนาคม 2552 ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี คะแนนทางระบบประสาทเท่ากับ 10 แขนและขาด้ว้นขวา อ่อนแรงกว่าด้ว้นซ้าย แผลที่ศีรษะ ไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการพบผลการตรวจโลหิตวิทยา ฮีโมโกลบิน 10.7 กรัม/เดซิลิตร ฮีมาโตคริต 30 Vol% ระดับเม็ดเลือดขาว 16,070 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร เกล็ดเลือด 192,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตรผลการตรวจทางเคมีคลินิก โซเดียม 130 mmol/l โพแทสเซียม 3.6 mmol/l คลอไรด์ 95 mmol/l คาร์บอนไดออกไซด์ 29 mmol/l (ค่าปกติ 22 - 32 mmol/l) ผู้ป่วยยังมีปัญหาโซเดียมต่ำให้สารน้ำ 0.9 NSS ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปรับยากันชักเป็น Depakin ชนิดเม็ดขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด รับประทานวันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้าและเย็นสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากอาการเชื่องช้าของท้องอีกเสบโดยวัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกายวัดได้ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 75-80 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้เปิดทำแผลบริเวณศีรษะและหน้าท้องพบว่าแผลแห้งดีไม่บวมแดง ไม่มีสารคัดหลั่งออกจากแผล และให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก ติดตามอาการหลังถอดสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เองไม่ต้องสวนปัสสาวะใหม่

วันที่ 27 มีนาคม 2552 ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี คะแนนทางระบบประสาทเท่ากับ 10 แขนและขาด้ว้นขวาอ่อนแรงกว่าด้ว้นซ้าย ให้ออกซิเจน cannula อัตราการไหลของออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 14-18 ครั้งต่อนาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วร้อยละ 96-98 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารทางจมูก ผู้ป่วยรับได้ดี ให้สารน้ำ 0.9 NSS ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์อนุญาตให้ย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง ก่อนย้ายผู้ป่วยได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ชัก เกร็งกระตุก สังเกตบริเวณแผลผ่าตัด หากบริเวณแผลมีสารคัดหลั่ง แผลบวมแดง ร้อนให้รีบแจ้งพยาบาลและแพทย์ทราบ กระตุ้นให้ญาติช่วยออกกำลังกายตามที่นักกายภาพบำบัดสอน พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ จำหน่ายผู้ป่วยออกเวลา 15.00 น. รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเป็นเวลา 8 วัน

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนนทางระบบประสาทเท่ากับ 10 แขนและขาด้ว้นขวาอ่อนแรงกว่าด้ว้นซ้าย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยญาติต้องคอยดูแลอยู่ข้างเตียง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว แนะนำการมาตรวจติดตามการรักษาตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยกลับ

7. ผลสำเร็จของงาน

หากมีการอุดตันของน้ำในโพรงสมองทำให้น้ำไขสันหลัง ไม่สามารถไหลเวียนภายในสมอง เป็นปกติ จึงเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงตามมา ผู้ป่วยจะมีอาการหมดสติอย่างรวดเร็ว จนถึงภาวะโคม่าและหยุดหายใจจากความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วการ ที่ผู้ป่วยมีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองเป็นภาวะวิกฤต จึงต้องให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันตราย พร้อมทั้งช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้

ผู้ป่วยรายนี้หลังได้รับการผ่าตัดทำ V-P Shunt ต้องใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้สมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและมีการเฝ้าระวังประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมองอย่างใกล้ชิด รวมทั้งบันทึกคะแนนทางระบบประสาท บันทึกสัญญาณชีพ หลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ประเมินแผลผ่าตัด ติดตามความเข้มข้นของเลือดและให้ส่วนประกอบของเลือดทดแทน ดูแลให้ยากลั่นชัก ยาลดอาการสมองบวม พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและการแพ้ยา ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดยังคง งดน้ำและอาหาร ได้ให้สารน้ำทดแทนซึ่งต้องติดตามผลการตรวจเลือดทางเคมีคลินิก บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายเพื่อให้เกิดความสมดุลของสารน้ำ นอกจากนี้ดูแลบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดโดยประเมินระดับความเจ็บปวด จัดทำนอนที่ไม่งัดทับแผล ให้ยาบรรเทาอาการปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การพักผ่อน ให้การพยาบาลด้วยหลักการปลอดภัยและให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกายนและแผลผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆและฟื้นตัวได้ดีสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากการมีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากการมีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองรายนี้ปัญหาที่พบคือ หลังจากผ่าตัดผู้ป่วยซึมลงไม่ต้อขรู้สึกตัว ซึ่งจะประเมินก่อนข้างยากเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบอาจยังมีฤทธิ์ของยาสลบคงค้างอยู่จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ตื่น หรือผู้ป่วยอาจจะซึมลงเนื่องจากการมีสมองบวมหรือเลือดออกซ้าก็อาจเป็นได้ ดังนั้นหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการสังเกตอาการ บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด และคอยเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการสมองบวม เลือดออกในสมองหลังการผ่าตัด ภาวะสมองพร่องออกซิเจน และอาการผิดปกติอื่นๆที่ควรรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว

10. ข้อเสนอแนะ

1. การผ่าตัดสมองเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วย และญาติย่อมมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก ดังนั้นทีมพยาบาลควรเอาใจใส่ และเล็งเห็นความสำคัญในการพูดคุย และอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการ และอาการแสดง แนวทางการรักษาพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และญาติ และกรณีฟ้องร้องต่างๆ

2. มีการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคว่าจะน่ากลัวในโพรงสมองแก่ประชาชนทั่วไป โดยจัดนิทรรศการให้ความรู้ตามสถานที่ต่างๆ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....*สุกัญญา ก้อนคำ*.....
 (นางสาวสุกัญญา ก้อนคำ)
 พยาบาลวิชาชีพ 5
 ผู้ขอรับการประเมิน
 วันที่.....*19 ต.ค. 2554*.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*[Signature]*.....
 (นางสุภาณี นาควิเชียร)
 ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
 วันที่.....*19 ต.ค. 2554*.....

ลงชื่อ.....*[Signature]*.....
 (นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
 วันที่.....*19 ต.ค. 2554*.....

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2551 – 10 พ.ย. 2552

คือ นายสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์ ปัจจุบันได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการ
 สำนักงานแพทย์

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวสุกษชา ก้อนคำ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.686) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง การใช้แถบสีประเมินแผลกดทับ

หลักการและเหตุผล

แผลกดทับเป็นความเสี่ยงด้านกายภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อโดยตรงทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยและญาติอาจไม่พึงพอใจต่อการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น จากการเก็บสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทั้งแผลกดทับที่เกิดก่อนเข้ามารักษาและเกิดขณะรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ปี 2553 มีจำนวนทั้งหมด 20 รายต่อปี (รวมผู้ป่วยทั้งหมดที่มีแผลเดิมและผู้ป่วยที่เกิดแผลใหม่) การประเมินแผลกดทับเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการหายของแผล ดังนั้นจึงมีแนวคิดจัดทำแนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินแผลกดทับให้เหมาะสมและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้บุคลากรสามารถประเมินแผลกดทับ ได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. เพื่อให้บุคลากรสามารถประเมินแผลกดทับ ได้ตรงตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว ระยะของแผลกดทับที่สำรวจพบคือแผลกดทับระยะที่ 2 และ 3 ผลจากการเกิดแผลกดทับที่เกิดขึ้นต่อร่างกายคือความเจ็บปวด การจำกัดการเคลื่อนไหว เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่และการติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ พบว่าทำให้จำนวนวันเฉลี่ยของการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลสูงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับ การเกิดแผลกดทับสามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะระยะที่ 1 เพราะยังไม่ลุกลามไปถึงชั้นหนังแท้ แต่หากลุกลามไปยังระยะที่ 2 การดูแลจะยากขึ้นและสามารถลุกลามไประยะที่ 3 ได้ง่ายและรวดเร็ว ปัญหาแผลกดทับเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ หากว่าพยาบาลมีกระบวนการวางแผนดูแลอย่างดี การวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และมีการจัดการที่ดี ก็จะสามารถช่วยเหลือและป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้ใช้แบบประเมินของ Braden ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้มากในสหรัฐอเมริกา เพราะมีการแสดงให้เห็นผลของการแปลค่าในการทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ค่า Sensitivity และ Specificity ได้มากกว่าแบบอื่น แต่การใช้ Braden scale ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์ได้ตามเป้าหมาย จึงได้มีการจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพ

การประเมินแผลกดทับซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุด โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

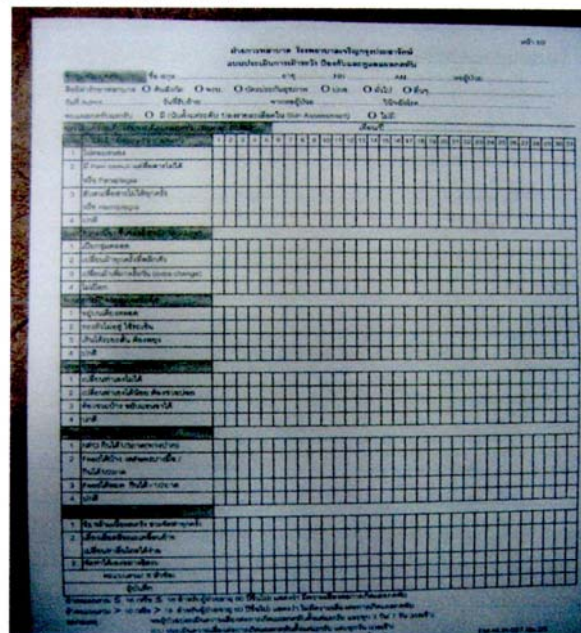
1.เสนอขอความเห็นชอบต่อหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ในการจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินแผลกดทับ

2.ประชุมสมาชิกในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม นำเสนอหลักการและขอความร่วมมือในการจัดทำ

3.จัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการประเมินแผลกดทับโดยใช้แถบสีประเมินแผลกดทับ

3.1 แบบประเมินแผลกดทับ โดยใช้การประเมินแผลกดทับ Braden Scale ซึ่งจะแบ่งเป็นหัวข้อการประเมินดังนี้ การรับรู้ ความเปียกชื้นผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ และการเสียดสี

- ถ้าคะแนนรวม ≤ 16 (หรือ ≤ 18 สำหรับผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป) แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมาก
- ถ้าคะแนนรวม > 16 (หรือ > 18 สำหรับผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป) แสดงว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

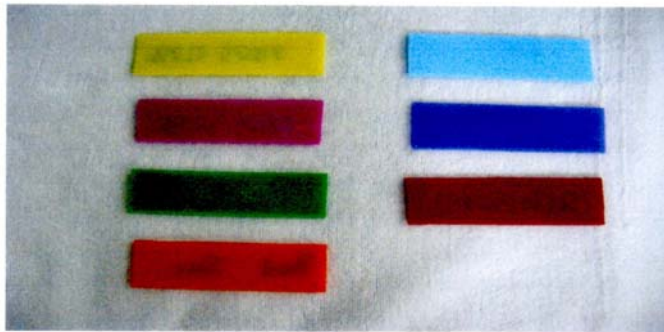


รูปที่ 1 แบบประเมินแผลกดทับ Braden Scale

3.2 วิธีใช้แถบสีประจำวัน สื่อสารบอกวันที่ต้องประเมิน

3.2.1 แถบสีที่ใช้แทนวันประเมิน มีดังนี้

วันอาทิตย์	ใช้แถบ	สีแดง
วันจันทร์	ใช้แถบ	สีเหลือง
วันอังคาร	ใช้แถบ	สีชมพู
วันพุธ	ใช้แถบ	สีเขียว
วันพฤหัสบดี	ใช้แถบ	สีส้ม
วันศุกร์	ใช้แถบ	สีฟ้า
วันเสาร์	ใช้แถบ	สีม่วง



รูปที่ 2 แถบสีที่ใช้บอกวันที่ประเมินแผลกดทับ

3.2.2 วิธีการใช้แถบสีประเมินแผลกดทับ

3.2.2.1 พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินร่างกายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเพื่อดูว่ามีแผลกดทับที่ตำแหน่ง ขนาด และระดับใด โดยแบ่งการประเมินแผลกดทับ ดังนี้

- แผลกดทับระดับ 1 ให้ประเมินทุกวัน โดยไม่ต้องใช้แถบสี
- แผลกดทับระดับ 2 ให้ประเมินทุก 3 วัน โดยให้นับวันที่ประเมินเป็นวันที่ 1
- แผลกดทับระดับ 3 และ 4 ให้ประเมินทุก 7 วัน

หลังจากนั้นบันทึกลงในใบประเมิน Braden scale

3.2.2.2 นำแถบสีวันที่ต้องประเมินครั้งต่อไปใส่ที่ปลายเตียงของผู้ป่วย (แผลระดับ 2, 3 และ 4 ต้องใช้แถบสีติดที่ปลายเตียง เพื่อบอกวันที่ประเมิน)



รูปที่ 3 การใช้แถบสีปลายเตียงผู้ป่วยตามระดับแผลกดทับ

3.3 ตัวอย่างการใช้แถบสีประเมินแผลกดทับ

ผู้ป่วยแรกเริ่มมีแผลกดทับระดับ 2 ที่ก้นกบ ซึ่งต้องประเมินทุกวัน ดังนั้นถ้า ประเมินแผล วันพุธ จะประเมินแผลครั้งต่อไปในวันเสาร์ ให้นำแถบสีม่วงใส่ปลายเตียง เพื่อเป็นจุดสังเกตของพยาบาลที่ดูแลว่าผู้ป่วยต้องประเมินแผลในวันเสาร์

4. นำเสนอและทดลองปฏิบัติตามแนวทางการประเมินแผลกดทับ

5. ประเมินผลโดยรวมรวมถึงสถิติการเกิดแผลกดทับและปรับปรุงแก้ไข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรสามารถประเมินแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางที่กำหนด
2. บุคลากรในหน่วยงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้รับการประเมิน โดยใช้แถบสีและแบบประเมินแผลกดทับ Braden scale ครบทุกราย

ลงชื่อ..... สุรัชชา ก้อนคำ

(นางสาวสุรัชชา ก้อนคำ)

ผู้ขอรับการประเมิน
วันที่ 19 ต.ค. 2554