

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้พิจารณา

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมอง แอสโตรซัยโตมา ระดับ3 (Astrocytoma grade 3)
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง โครงการ ใส่ใจปากและฟัน เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เสนอโดย

นางมนัสวี ตอสกุล

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 930)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมอง แอสโตรซัยโตมา ระดับ 3 (Astrocytoma grade 3)
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 24 วัน (ตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2549 ถึงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2549)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของเนื้องอกในสมอง แอสโตรซัยโตมา ระดับ 3 (Astrocytoma grade 3)

ลักษณะสำคัญทางกายวิภาคและสรีรวิทยา ที่ทำให้เนื้องอกแอสโตรซัยโตมา มีลักษณะแตกต่างจากเนื้องอกที่เกิดจากระบบอื่นๆ ในร่างกาย คือ

1. ก้อนเนื้องอกจะมีการเจริญเติบโต และมีการลุกลามเฉพาะที่ ไปกดเนื้อสมองที่ปกติ และหลอดเลือดจนทำให้เกิดอาการที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่เกิดเนื้องอกสมองจนกระทั่งระยะสุดท้ายของโรค เป็นลักษณะเด่นของเนื้องอกในสมอง
2. ลักษณะสำคัญทางกายวิภาค ที่ทำให้เนื้องอกสมองอยู่เฉพาะในกะโหลกศีรษะคือ ในเนื้อสมองไม่มีหลอดเลือด ซึ่งไม่มีการกระจายของระบบน้ำเหลือง
3. การกระจายของเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นได้วิธีเดียวคือ การฝังตัวและหลุดกระจายเซลล์มะเร็งไปตามระบบไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง
4. อันตรายของเนื้องอกสมองจะรุนแรงเหมือนกับมะเร็งทั่วไป แม้ว่าลักษณะทางพยาธิวิทยาจะเป็นแบบเนื้องอกธรรมดาก็ตาม เพราะมีการเจริญเติบโตไปกดเนื้อสมองส่วนดีและหลอดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้
5. การฝังตัวของเซลล์เนื้องอก หรือเซลล์มะเร็งบริเวณแผลผ่าตัด เกือบไม่พบเลยเมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งของอวัยวะอื่นๆ

พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษาและการพยาบาล

เนื้องอกในสมองส่วนใหญ่เกิดจากเซลล์ของเนื้อเยื่อที่ประกอบขึ้นเป็นเนื้อสมอง (primary brain tumor) และส่วนน้อยเป็นเนื้องอกที่กระจายไปจากมะเร็งของอวัยวะอื่น (metastasis brain tumor) พวกที่เกิดเริ่มแรกในสมองนั้นจะเป็นได้ทั้งเนื้องอกชนิดร้ายและไม่ร้าย

แอสโตรซัย (astrocyte) เป็นเซลล์นิวเคลียสกลมรี ติดสีน้ำเงินจาง มีแขนงยาวเป็นแฉกๆ คล้ายดาว พบมากในเนื้อสมองสีขาว ทำหน้าที่เป็นทึบกันระหว่างเลือดและสมอง รวมทั้งทำหน้าที่ซ่อมแซมสมองส่วนที่ได้รับอันตราย

แอสโตรซัยโตมา เป็นเนื้องอกในสมองที่เกิดจาก แอสโตรซัยเซลล์ มีลักษณะการขยายตัวแบบแทรกซึม (infiltrative) ไม่มีขอบเขตชัดเจน นอกจากนั้น แอสโตรซัยโตมา ยังมีการแบ่งตาม องค์การอนามัยโลก (WHO) ดังนี้

แอสโตรซัยโตมา (grade 1-2) เนื้องอกชนิดนี้ประกอบด้วยเซลล์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ แอสโตรซัยปกติ แต่มีการเพิ่มจำนวนมากขึ้น นิวเคลียสของเนื้องอกมีการแทรกซึมตามแขนงของเซลล์ แอสโตรซัยโตมา (grade 3) เนื้องอกชนิดนี้จะพบว่าเซลล์เนื้องอกอยู่กันอย่างหนาแน่นมากขึ้นเมื่อ เทียบกับ grade 2 นอกจากนี้จะพบมีการแทรกซึมของเซลล์เนื้องอกชนิด แอสโตรซัย แล้ว ยังพบ มีอีกเสบของ เนื้อสมองร่วมด้วย แสดงให้เห็นว่าเนื้องอกมีการเจริญเติบโตที่รวดเร็ว

แอสโตรซัยโตมา (grade 4) เป็นเนื้องอกที่ร้ายแรงที่สุด ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัย หน้าตัดก่อนเนื้องอกมีความหลากหลาย เนื่องจากมีทั้งส่วนที่เป็นเนื้อตาย และ เลือดออก เนื้องอกมีการแพร่กระจายผ่านเส้นใยเชื่อม (corpus callosum) จากสมองใหญ่ซีกหนึ่ง ไปสู่อีก ซีกหนึ่งได้บ่อย ทำให้ เกิดลักษณะคล้ายผีเสื้อที่เรียกว่า butterfly lesion

อาการ และอาการแสดง

เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมองจะมีการเจริญเติบโตขึ้นตลอดเวลา ทำให้เกิดอาการ และอาการ แสดงที่สำคัญ 2 พวก คือ

1. อาการทั่วไป เป็นอาการที่เกิดเนื่องจากความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งจะ ทำให้มีอาการสำคัญอยู่ 3 อย่าง (symptoms triad) คือ ปวดศีรษะ อาเจียน และตามัว เนื่องจากมีหนังตา และ เส้นประสาทตาบวม และอีกเสบ (papilledema choked disc) เมื่อเนื้องอกมีการขยายตัวใหญ่ขึ้นก็จะ เกิดมีอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่บุคลิกเปลี่ยนแปลงไป ความรู้สึกลดลง เห็นภาพซ้อน (diplopia) หรือ ตาเหล่ ความจริงอาการเหล่านี้ไม่ได้เป็นอาการที่เกิดขึ้นเฉพาะของเนื้องอกสมอง แต่เป็นเพียงอาการ ของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงเท่านั้น ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุอื่นอีกหลายอย่างได้ เช่น มี ก้อนเลือดในสมอง ฝีในสมอง สมองบวม ฯลฯ

2. อาการเฉพาะที่ เป็นอาการของการสูญเสียหน้าที่เฉพาะที่ของสมองส่วนกลางที่จะถูกทำลาย หรือถูกกดและเบียดโดยเนื้องอก อาการเฉพาะที่นี้นับว่าเป็นอาการที่สำคัญในการช่วยวินิจฉัย จะบอกถึง ตำแหน่งของเนื้องอก โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มาพบแพทย์นั้นส่วนใหญ่ไม่ได้มาหาด้วยอาการที่เกิดเฉพาะที่ จริงๆ แต่มักจะเป็นอาการรวมของการสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วนที่อยู่ใกล้กับตำแหน่งเนื้องอกนั้นร่วม ด้วย และเนื่องจากเนื้องอกสมองมีการขยายตัวใหญ่ขึ้นตลอดเวลา ย่อมจะกดและเบียดเนื้อสมอง ข้างเคียงได้ ทำให้หน้าที่ของสมองส่วนนั้นค่อยๆ เสียเพิ่มขึ้นมา

นอกจากเนื้องอกในสมองจะทำให้เกิดอาการของสมองถูกทำลายและสูญเสียหน้าที่ ในกรณี เกิดที่สมองด้านบนขวา (right parietal lobe) อาการของการสูญเสียหน้าที่ คือ แขนขาอ่อนแรงด้านซ้าย แต่ในปัจจุบันจะทำการวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น เพราะมีการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT) และ ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เป็นเครื่องมือตรวจที่มีประสิทธิภาพสูง ทำให้แพทย์ส่งผู้ป่วยที่มี อาการดังกล่าวไปทำการตรวจตั้งแต่ระยะต้นๆ สำหรับอาการของการสูญเสียหน้าที่ เช่น แขนขาอ่อนแรง

จะไม่เกิดขึ้นรวดเร็วเหมือนรายที่เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง ส่วนอาการของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน ตามัวนั้น พบได้น้อยกว่า รายที่เป็นชนิดร้ายแรง

การวินิจฉัยโรค

1. จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย
2. การตรวจสมองด้วยวิธีการทางคอมพิวเตอร์ (computerized tomography scan : CT.scan)
3. การตรวจสมองด้วยวิธีการทางคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า(magnetic resonance imaging : M.R.I.) จะเป็นประโยชน์มาก ทำให้เห็นขอบเขตตำแหน่ง ขนาด และภาวะสมองบวมน้ำ (hydrocephalus) ได้ชัดเจนมากขึ้น

3. เอกซเรย์กะโหลกศีรษะ (skull x-ray) อาจพบมี calcification เป็นกลุ่มเล็กๆ กระจายกระจาย ทั่วๆไปในเนื้องอก และอาจมีการเปลี่ยนแปลง หรือการแยกตัวของรอยต่อของกะโหลกศีรษะ เนื่องจากความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง

4. การตรวจโดยฉีดสารทึบแสง (cerebral angiogram) ตำแหน่งที่มีเนื้องอกจะมีลักษณะ avascular คือ ไม่มีหลอดเลือดไปเลี้ยง จะเห็นแต่เฉพาะหลอดเลือดที่อยู่ใกล้เนื้องอกถูกเบียด ซึ่งจะติดกับเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่จะมีหลอดเลือดเกิดขึ้นใหม่ และเป็นหลอดเลือดที่ผิดปกติเข้าไปเลี้ยงเนื้องอกจำนวนมาก

การรักษา

1. การผ่าตัด การรักษาโดยการผ่าตัดมี 2 วิธี คือ

- 1.1 ทำการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมด (total excision) ถ้าเนื้องอกสมองอยู่ในตำแหน่งที่สามารถดำเนินการได้ และไม่ก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่สมอง หรือชีวิต ซึ่งเป็นวิธีทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคโดยมากจะทำในรายที่เป็นเนื้องอกสมองที่มีขอบเขตชัดเจน โดยเป็นชนิดไม่ร้ายแรง

- 1.2 ทำผ่าตัดเนื้องอกออกบางส่วน (subtotal excision) เมื่อแพทย์ได้ดำเนินการวินิจฉัยโรคแล้วพบว่าเนื้องอกสมองเป็นในตำแหน่งที่ไม่สามารถจะผ่าตัดออกได้หมด ซึ่งจะต้องพิจารณาผ่าตัดเอาออกให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ โดยจะไม่ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่สมองเพิ่มขึ้น วิธีนี้เป็นการลดการกดเนื้อสมองโดยเนื้องอก และเหมาะสำหรับในรายที่ไม่สามารถเอาเนื้องอกออกให้หมดได้

2. รังสีรักษา การใช้รังสีรักษาภายหลังการผ่าตัด พบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น ช่วงระยะเวลาของการเกิดเนื้องอกขึ้นมาใหม่จะนานขึ้น และยังได้ผลดีขึ้นเมื่อทำการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้มากที่สุดเหลือเพียงส่วนน้อย แล้วทำการรักษาด้วยรังสีรักษาในภายหลัง

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกในสมอง

ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดสมอง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด ซึ่งสามารถแบ่งการพยาบาลได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การพยาบาลด้านร่างกาย ให้ผู้ป่วยงดน้ำ และอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เตรียมบริเวณที่จะผ่าตัด เช่น สระผมให้สะอาดก่อนวันผ่าตัด โกนผมหมด หรือบางส่วน ควรระวังไม่ให้เกิดบาดแผล ในปัจจุบันการผ่าตัดที่ศีรษะแพทย์ให้ผู้ป่วยโกนผมหมด หรือบางส่วน ในห้องผ่าตัด ให้ผู้ป่วย หรือผู้ปกครองโดยสิทธิชอบธรรมเป็นผู้เซ็นยินยอมผ่าตัด ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้ามีค่าผิดปกติ ควรรายงานแพทย์ให้รับทราบก่อนเพื่อพิจารณาแก้ไข บันทึก และประเมินอาการ และอาการแสดงผู้ป่วยว่าดีขึ้น หรือเลวลง เตรียมสิ่งของต่างๆ ที่จะนำไปห้องผ่าตัดตามการรักษาของแพทย์ เช่น เลือดพร้อมชุดให้เลือด สารน้ำต่างๆ ยาปฏิชีวนะ สายต่อท่อระบายออกจากแผล เป็นต้น การพยาบาลด้านจิตใจ เนื่องจากการผ่าตัดสมอง เป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกกลัวและวิตกกังวล พยาบาลจึงต้องเห็นความสำคัญโดยชี้แจงให้ทราบถึงสภาวะภายหลังผ่าตัดที่ต้องมีแผลที่ศีรษะ ให้น้ำเข้าทางเส้นเลือด การใส่ท่อช่วยหายใจ การคาสายปัสสาวะ มีความจำเป็นต่อการรักษาสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการผ่าตัด และได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้ซักถาม ทิศต่อประสานงานให้ผู้ป่วย และญาติได้พบแพทย์เพื่อพูดคุยซักถามปัญหาที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค แผนการรักษา และผลการรักษา

2. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การพยาบาลในระยะนี้มีเป้าหมายที่สำคัญ 2 ประการ คือ เพื่อทำการรักษาชีวิตผู้ป่วย และเพื่อป้องกันมิให้มีภาวะแทรกซ้อน โดยป้องกันการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น ให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ ยกหัวเตียงสูงประมาณ 15-30 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ และการบวมของสมอง บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึก และอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการปกติ ในรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น เมื่อหายใจดีแล้วแพทย์จะทำการถอดท่อช่วยหายใจออก ดูแล ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ต้องสังเกตลักษณะการหายใจ ช่วยดูแลเสมหะในลำคอในรายที่ไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง ป้องกันการสูญเสียของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง โดยสังเกตน้ำซึมจากแผล จมูก หู และสายระบายเลือด ประเมินอาการไข้ และให้ยาปฏิชีวนะต่างๆตามแผนการรักษา บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง และบันทึกรวม 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลย์ของน้ำเข้าและออกได้ถูกต้อง ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ ในรายที่ปัญหาเกี่ยวกับการกลืนต้องให้อาหารทางสายยาง ในรายที่รับประทานอาหารเอง สังเกตการอาเจียน การสำลัก และการย่อยของผู้ป่วย ว่ารับประทานอาหารได้มากน้อยเพียงใด แนะนำญาติให้ช่วยผู้ป่วยในการออกกำลังกายของแขนขา และข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง และช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดี จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็วขึ้น

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง: ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้ออกในสมองทุกราย ถือว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและระมัดระวัง พยาบาลที่ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความสามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย มีการตัดสินใจแก้ไขปัญหา สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทัน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การสูญเสียชีวิตตามมา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี เข้ารับการรักษาครั้งแรกที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท วันที่ 25 ตุลาคม 2549 อาการสำคัญที่นำมาคือ 3 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เวลาเดินจะต้องมีคนพยุง เนื่องจากขาซ้ายยกไม่ขึ้น ผู้ป่วยพูดไม่ชัดปากเบี้ยวด้านซ้าย ปวดศีรษะเป็นบางครั้ง ปวดร้าวไปที่ต้นคอ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น จนยกขา ไม่ขึ้น จึงมาพบแพทย์ ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ ไม่มีประวัติแพ้ยา และอาหาร เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบมีก้อนเนื้ออก ขนาด 4 x4.5 เซนติเมตร ในสมองด้านบนขวา และตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบเซลล์เนื้ออกอยู่กันอย่างหนาแน่น วินิจฉัยเป็นเนื้ออกในสมอง แอสโตรซัยโตมา ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบว่า เป็นระดับ 3 ซึ่งเป็นชนิดร้ายแรง แพทย์ได้ทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อเอาก้อนเนื้ออกออก (Craniotomy with tumor removal) ในวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ด้วยวิธีระงับความรู้สึก หลังการผ่าตัดย้ายผู้ป่วยมาที่ หออภิบาลศัลยกรรมประสาท โดยไม่ได้กระตุ้นให้ตื่นจากยาสลบ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 35.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ชีพจร 65 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 215/130 มิลลิเมตรปรอท ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ต่อกับเครื่องช่วยหายใจ แบบเบนเนดต์ 7200 เอ เอส ค่าที่ตั้งไว้ อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที ออกซิเจน 40 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณอากาศที่ให้ 500 มิลลิลิตร อัตราการไหลอากาศไปยังผู้ป่วย 40 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจเองได้ 14-16 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดจากปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ประเมินทางระบบประสาท ตามกลาสโกว์ โครมา สเกล ได้ 3 คะแนน ผู้ป่วยไม่ลืมตา ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก แขนและขา 2 ข้างไม่ขยับเมื่อถูกกระตุ้นต่อการเจ็บรุ่มานตาขนาด 3 มิลลิเมตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง และมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ แผลไม่มีเลือดซึม ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคา มีปัสสาวะที่ถุง 100 มิลลิลิตร ผู้ป่วยได้ยากันชัก Dilantin 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ได้ยาลดสมองบวม Dexamethasone 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ให้น้ำ และอาหารทางปากได้ยาลดการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหาร Ranidine 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ยาฆ่าเชื้อ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ทำการบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึก และอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมงจนอาการปกติ หลังจากนั้น 15 นาที ผู้ป่วยเริ่มตื่นมากขึ้น กลาสโกว์ โครมา สเกล

เพิ่มเป็น 10 คะแนน ผู้ป่วยลืมตาได้เอง ทราบตำแหน่งที่เจ็บเมื่อถูกกระตุ้นต่อการเจ็บ แขนสองข้างและขาขวาอ่อนแรงเล็กน้อย ขาซ้ายอ่อนแรงมาก อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 200/110 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง รายงานให้แพทย์ทราบ ไม่มีการรักษาเพิ่ม อีก 1 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว กลาสโกว์ โคม่า สเกล เพิ่มเป็น 11 คะแนน ผู้ป่วยลืมตาได้เอง ทำตามสั่งได้ แขนขาขวากำลังปกติ แขนขาซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/100 มิลลิเมตรปรอท วัดความดันโลหิตซ้ำอีก 30 นาที ได้ 130/90 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจเลือดทางด้านเคมีคลินิกและโลหิตวิทยาหลังผ่าตัดปกติ วันที่ 31 ตุลาคม 2549 แพทย์ให้ไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพื่อติดตามการรักษา ผลการตรวจไม่พบภาวะแทรกซ้อน หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจออกและหยุดให้เครื่องช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนแบบ Mask with bag ด้วยอัตรา 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี ไม่มีอาการหายใจลำบาก จึงหยุดให้ออกซิเจน แพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหารเหลว เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9%NSS 1,000 มิลลิตร ในอัตรา 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง ต่อมาวันที่ 1 พฤศจิกายน 2549 กลาสโกว์ โคม่า สเกล เพิ่มเป็น 15 คะแนน รู้สึกตัวดี พูดคุยได้ปกติ แขนขาขวากำลังปกติ แขนขาซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย เปลี่ยนสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นชนิด 5%D/N/2 1,000 มิลลิตร ในอัตรา 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีอาการสำลัก ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังรับประทานอาหาร และในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2549 แพทย์พิจารณาย้ายผู้ป่วยไปพักฟื้นที่ ดิคัลยกรรมอุบัติเหตุ เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2549 เวลา 10.00 น. ในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2549 เวลา 10.00 น. เยี่ยมอาการ ที่ดิคัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนอยู่บนเตียงศีรษะสูง 30 องศา หน้าตา สดชื่นกำลังพูดคุยอยู่กับญาติ พูดคุยได้ไม่มีสับสน แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงกว่าซีกขวาเล็กน้อย กลาสโกว์ โคม่า สเกล เท่ากับ 15 คะแนนเต็ม รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง หายใจเองได้ดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แผลที่ศีรษะแห้ง ไม่มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึม รับประทานอาหารอ่อนได้ดี ไม่มีสำลัก คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะเองได้ ไม่มีอาการสับสน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีไข้ ไม่มีตะกอน อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 75 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/77 มิลลิเมตรปรอท ไม่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เช่น แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ให้ใช้แขนขาข้างขวาช่วยในการออกกำลังของแขนขาข้างซ้าย ในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร แปรงฟัน หรือหยิบจับของต่างๆ เป็นต้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ปฏิบัติตามได้ดี วันที่ 22 พฤศจิกายน 2549 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์โดยเร็ว เช่น ปวดศีรษะมาก ชัก เกร็ง กระตุก ถ้าไม่มีอาการ

เปลี่ยนแปลงผิดปกติให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอีก 2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน (วันที่ 12 ธันวาคม 2549) รวมระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 24 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ : โดยการศึกษาความรู้ทางวิชาการทางการแพทย์จากตำรา วารสาร งานวิจัย รวบรวมข้อมูลโดยประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล นำมาเรียบเรียง แล้วไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมระบบประสาท เพื่อตรวจสอบ และทบทวนความถูกต้องของผลงาน ก่อนพิมพ์

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

การรักษาโรคเนื้องอกสมองแอสโตรซัยโตมา ระดับ 3 เป็นเนื้องอกที่มีเซลล์อยู่หนาแน่นมาก ขึ้น มีการขยายตัวได้ภายในกะโหลกศีรษะ และมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและอันตราย ทำให้เกิดมีการสูญเสียหน้าที่ของสมอง ตามตำแหน่งที่มีเนื้องอกเกิดขึ้น ผลที่เกิดตามมาของโรคจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อก่อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ก็จะเป็นสาเหตุให้มีการกินเนื้อที่ในสมอง ทำให้เกิดความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญที่ดูแลผู้ป่วย จะต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ โดยมีการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล และการให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดถึงสิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ การรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเอาเนื้องอกแอสโตรซัยโตมาออก การดูแลรักษาต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่ายคือ ประสาท ศัลยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยเอง โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ซึ่งปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วย คือ

1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจและระบายเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ
2. เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังผ่าตัด เช่น การเกิดเลือดออกซ้ำ และสมองบวม
3. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด และจากการสอดใส่ท่อหรือสายต่างๆ เข้าร่างกาย เพื่อการรักษา
4. เสี่ยงต่อภาวะความไม่สมดุลของสารอาหารสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

5. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง
6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากผลคุกคามของโรคที่มีต่อร่างกายและจิตใจ เช่นขาดความรู้เรื่องโรค แผนการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การให้การพยาบาล ศึกษาติดตามผลและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 24 วัน และติดตามเยี่ยมจำนวน 5 ครั้ง พบว่าปัญหาทั้งหมด 7 ข้อ ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เน้นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ทราบถึงปัญหา ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคเนื้องอกสมองแอสโตรซัยโตมา
2. เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ที่ศึกษา ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองแอสโตรซัยโตมา
3. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น
4. เพื่อประโยชน์ขององค์กรในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
5. เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้ที่ศึกษาในประเด็นอื่นต่อไป

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยทางสมองต้องได้รับดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ พื้นฐาน ทางกายวิภาคสรีรวิทยาของสมอง การรักษา การดำเนินโรค และความสัมพันธ์ระหว่างอาการของผู้ป่วยกับการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพทางระบบประสาทที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินและสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทันและรายงานแพทย์ได้รวดเร็วเพื่อให้การรักษา จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบปัญหาดังต่อไปนี้ ด้านการหายใจ ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและมี ผลต่อสมองทำให้ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จะทำให้สมองบวม ดังนั้นจึงต้องดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ปัญหาทางด้านระบบประสาท ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนจากรอยโรคและการผ่าตัด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในสมองเพิ่มขึ้นได้ ฉะนั้นต้องให้การดูแลโดยการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยทั้งทางด้านระบบประสาท คือระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวต่างๆและด้านสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ปัญหาอาจเกิดภาวะสับสน และอาหารไม่สมดุล หลังผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก 2 วัน จากนั้นให้อาหารเหลว ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ระวังการสำลัก ปัญหาภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัด มีการให้สารน้ำ และมีการใส่สายสวนปัสสาวะ ให้การดูแลบริเวณแผลผ่าตัดและทำแผล ให้วันละ 1 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตบริเวณที่ให้สารน้ำถ้ามีการบวมแดง ทำ

การเปลี่ยนตำแหน่งให้ใหม่ทันที ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว การอธิบายและให้ข้อมูล วัน เวลา สถานที่ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ชักถามถึงอาการเจ็บปวด ความสุขสบายพร้อมทั้งให้กำลังใจ แจ้งแนวทางการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ แนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน แนะนำ อธิบายตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติ เห็นความสำคัญ ของการมาตรวจตามแพทย์นัดหรือมาทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยและญาติให้ความสนใจ และซักถามจนเข้าใจดี

10. ข้อเสนอแนะ

โรคเนื้องอกในสมองเป็นโรคที่ไม่อาจป้องกันได้ และสามารถกลับเป็นได้ซ้ำอีก ผู้ป่วยทุกคนที่ทราบว่าตัวเองป่วยเป็นโรคเนื้องอกในสมอง จะเกิดความวิตกกังวลกลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อชีวิต ดังนั้นผู้เขียนมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางสมอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง และมีทักษะในการสังเกตอาการทางสมองอย่างถูกต้อง รวดเร็วแม่นยำ และสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความเมตตากรุณาและมีคุณธรรมเนื่องจากผู้ป่วยอาจต้องให้การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันทุกอย่างจากอัมพาต จึงจัดว่าการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองเป็นการแสดงผลงานและเอกลักษณ์ของพยาบาลที่ดี และมีคุณค่ามากยิ่งขึ้นที่พยาบาลควรจะมีภาวะภาคภูมิใจ
2. การให้การดูแลทางด้านจิตใจ เป็นเรื่องสำคัญในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกในสมอง การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยให้เข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ญาติ ในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
3. มีการเผยแพร่เรื่องโรคเนื้องอกสมอง ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ให้ตระหนักถึงอาการเริ่มแรกของโรค เน้นให้เห็นความสำคัญในการมาพบแพทย์ตั้งแต่มีอาการเริ่มต้น โดยจัดนิทรรศการให้ความรู้ตามสถานที่ชุมชน เช่น ห้างสรรพสินค้า หรือสื่อสารมวลชนต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สิ่งตีพิมพ์ต่างๆ
4. หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาท ควรจัดสอนสุขศึกษาให้กับผู้ป่วย และญาติมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... มณัสวี ต่อสกุล

(นาง มณัสวี ต่อสกุล)

พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 6 / พ.ค. / 2551

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นาง เพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

วันที่ 6 พ.ค. 2551

ลงชื่อ..... 

(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

รักษาการในตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

วันที่ 6 พ.ค. 2551

อ้างอิง

กำพล ศรีวัฒนากุล. คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์. ปทุมธานี: สกายบุคส์, 2538.

เจษฎา นิมมานนิตย์. เนื่องอกสมอง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2537.

ชนพ ช่วงโชติ. พยาธิวิทยาวินิจฉัยของเนื้อเยื่อประสาท. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล
พับลิเคชั่น, 2549.

ซัชรินทร์ อังศุภากร. การพยาบาลศัลยกรรมประสาทเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตการพิมพ์,
2532.

นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่3. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

มยุรี แก้วจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางระบบประสาท. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
แม่ค, 2531.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางมนัสวี ทอสกุล**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 930) ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์
เรื่อง โครงการ ใส่ใจปากและฟัน เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
หลักการและเหตุผล

การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบ
ในระดับต้นของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
ปี พ.ศ. 2549 มีการเกิดปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบมากเป็นอันดับ 2 ประมาณร้อยละ
15 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็น 9.53 ครั้ง/1,000 วันใช้ เครื่องช่วยหายใจ ในหออภิบาล
ศัลยกรรมประสาท คิดเป็น 7.23 ครั้ง/1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ (สถิติหน่วยเฝ้าระวังโรคติดเชื้อใน
โรงพยาบาลวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปี พ.ศ. 2549) ซึ่งเป็นการติดเชื้อ
เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็น
จำนวนมาก เป็นการเพิ่มภาระให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลเองก็ต้องมีค่าใช้จ่ายในการใช้ยา
ต้านจุลชีพเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางระบบประสาทซึ่งส่วนมากจะใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า
การดูแลทำความสะอาดปากและฟัน บางครั้งถูกละเลยทำให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค วิธีการปฏิบัติที่
แตกต่างกัน ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการสูดสำลักเข้าไปในปอด ทำให้เกิด
ปอดอักเสบ การทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธี สามารถช่วยลดภาวะปอดอักเสบจากการใช้
เครื่องช่วยหายใจได้ จึงมีการจัดทำโครงการ การทำความสะอาดปากและฟันขึ้น เพื่อช่วยลดปัญหา
ดังกล่าว และเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน เป็นแนวทางเดียวกัน
2. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ”
3. เพื่อเพิ่มศักยภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน

เป้าหมาย

1. บุคลากรในหน่วยงานมีแนวทางในการดูแลปากและฟันไปในทิศทางเดียวกันและมีมาตรฐาน

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia ; VAP) หมายถึง การอักเสบของปอดที่เกิดจากการติดเชื้อจุลชีพภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจนานมากกว่า 48 ชั่วโมง ผลจากการติดเชื้อทำให้เกิดการบวมของหลอดเลือดฝอยที่ปอด มีเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล แมคโครฟาจ และสารน้ำจำนวนมากในถุงลม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีไข้สูง มีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น มีเสมหะเป็นหนอง ตรวจพบสารเหลวในถุงลมจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และตรวจพบเชื้อจากเสมหะ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท พบว่าการดูแลความสะอาดปากและฟัน (mouth care) ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ บางครั้งก็ถูกละเลย ทำให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค วิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน บางครั้งทำให้ผู้ป่วยสูดสำลักน้ำเข้าไปในปอด ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจากปอดอักเสบ ซึ่งเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบบททำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เป็นการเพิ่มภาระให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งโรงพยาบาลเองก็ต้องมีค่าใช้จ่ายในการใช้ยาต้านจุลชีพเป็นจำนวนมาก เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นอาจมีโอกาสดูดการแพร่กระจายเชื้อโรคจากผู้ป่วยไปสู่ผู้ป่วยด้วยกัน บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงเจ้าหน้าที่และญาติได้ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา การทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธี สามารถช่วยลดปัญหาการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ มีวิธีการปฏิบัติที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจากเดิม เป็นกลวิธีการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานที่มุ่งเน้นการเรียนรู้และนำวิธีต่างๆมาใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และลดค่าใช้จ่ายขององค์กร เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีแนวปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้จัดทำโครงการจึงมีข้อเสนอดังนี้

1. ให้ทุกหน่วยงานจัดทำแนวทางปฏิบัติ การทำความสะอาดปากและฟันในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ชัดเจน

2. เน้นให้บุคลากรในหน่วยงานตระหนักถึงการทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธี และให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

3. ให้หน่วยงานแต่ละแห่งมีการตรวจเยี่ยมกัน หรือมีการดูงานของหน่วยงานที่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนไปในทิศทางเดียวกัน และมีอัตราการติดเชื้อลดลง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐานเป็นแนวทางเดียวกัน
2. เป็นการลดปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. เป็นการลดระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล
4. ลดค่าใช้จ่ายในการใช้ยาต้านจุลชีพของผู้ป่วยและโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติงานพยาบาลทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธี ของบุคลากรทางการพยาบาล 100%
2. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง < 8 ครั้ง /1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ

ลงชื่อ..... มณีนีวี ตยธกุล

(นางมนนีวี ตยธกุล)

พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 6 / ม.ค. / 2551

อ้างอิง

นันทชาย สิทธิพันธุ์. (2547). **ภาวะปอดอักเสบที่เกิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ**. ใน *สูมาลี*
เกียรติบุญศรี (บรรณาธิการ), *อุรเวชช์* (หน้า 87-94). กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
สถิติหน่วยเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล ปี พ.ศ. 2549