

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการติดเชื้อทำให้เกิดเนื้อตาย
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการเกิดข้อนิ้วมือและนิ้วมียึดติด

เสนอโดย

นางสาวพิมพ์ดี หอมขจร
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 693)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักงานการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการติดเชื้อทำให้เกิดเนื้อตาย
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 8 วัน (ตั้งแต่วันที่ 12 มีนาคม 2553 – 19 มีนาคม 2553)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

โรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตาย(necrotizing fasciitis) เป็นการติดเชื้อแบคทีเรียที่พบได้ไม่บ่อยนัก แต่เป็นการติดเชื้อที่รุนแรงทำให้เกิดการเน่าตายของผิวหนังและกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว

พยาธิสรีรวิทยา พบว่าจะเกิดบริเวณผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนังที่อยู่เหนือชั้น fascia อาจเกิดจากการติดเชื้อ streptococcus pyogenes เพียงตัวเดียว ซึ่งเป็นเชื้อที่ทำให้เกิดการติดเชื้อนอกโรงพยาบาล หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อร่วมกันระหว่างเชื้อที่พึ่งออกซิเจนและไม่พึ่งออกซิเจน ซึ่งโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตายแบ่งได้เป็น 2 ชนิด

1. การติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตาย ที่เกิดจากเชื้อหลายชนิดร่วมกัน คืออย่างน้อยมี anaerobes 1 ชนิด (bacteroides และ peptostreptococcus พบบ่อยที่สุด) ร่วมกับ facultative anaerobes อย่างน้อย 1 ชนิด
2. การติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตายที่เกิดจากเชื้อ group A streptococci ตัวเดียวหรือร่วมกับเชื้ออื่น ที่พบได้บ่อยคือ staphylococcus aureus โดยพบร่วมกันได้ร้อยละ 25

สาเหตุการติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตาย เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด แต่ที่พบบ่อยคือ streptococcus pyogenes ซึ่งบางครั้งเรียกว่าแบคทีเรียที่กินเนื้อ เริ่มจากเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผลและแบคทีเรียก็แบ่งตัวข้างในแผลปล่อยสารพิษออกมาทำให้เนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย ระบายการนำเลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นและทำลายเนื้อเยื่อบริเวณนั้นๆทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อเข้าสู่เนื้อเยื่ออย่างรวดเร็ว ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตาย คือเบาหวาน อุบัติเหตุ หรือการผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตาย ที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยจะมีไข้สูง บริเวณที่มีการเกิดโรคจะบวม แดง ร้อน เจ็บ ขอบเขตไม่ชัดเจน การอักเสบจะลุกลามอย่างรวดเร็วภายในเวลาไม่กี่วัน สีของผิวหนังส่วนบนตำแหน่งที่เกิดโรคจะเปลี่ยนจากแดงเป็นสีม่วงคล้ำ ต่อมาภายใน 3-5 วันจะเกิดถุงน้ำที่มีน้ำสีแดงปนสีม่วงอยู่ภายในและต่อมาผิวหนังจะกลายเป็นสีดำจากการขาดเลือดแล้วเน่าตาย อาการปวดจะหายไปและมีอาการชามาแทน เนื่องจากการขาดเลือดทำให้เส้นประสาทส่วนผิวหนังทำลาย ลักษณะของผิวหนังดังกล่าวร่วมกับอาการชาเป็นดั่งบั้งชีว่า เกิดการติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตายแล้ว นอกจากนั้นอาการบวมที่เกิดขึ้นมากจะทำให้เกิดการบีบรัดส่วนประกอบต่างๆที่ถูกห่อหุ้มด้วย fascia ทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า compartmental syndrome กล้ามเนื้อจะเกิดการเน่าตาย เม็ดเลือดขาวในเลือดสูง แคลเซียมในเลือดต่ำ จากการที่มีการทำลายไขมันใต้ผิวหนังอย่างรุนแรง มีความดันเลือดต่ำ การทำงานของอวัยวะต่างๆล้มเหลว เช่น ไตวาย หายใจวาย ที่เรียกว่า toxic shock syndrome

การตรวจวินิจฉัยโรค ต้องอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกาย รวมไปถึงบาดแผล การวินิจฉัยที่รวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการยับยั้งการดำเนินโรค ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 4 วันแรกโดยนับจากวันที่เริ่มมีอาการ พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 20-47 เหลือร้อยละ 12 การวินิจฉัยแยกโรคโดยทั่วไปมีดังนี้

1. อาการและอาการแสดง
2. นำน้ำจากรอยโรคมารวมตรวจจะพบเชื้อหลายชนิดรวมกันหรือในกรณีของ group A streptococci จะพบเชื้อแกรมบวกรูปกลมต่อเป็นสาย
3. เจาะเลือดเพาะเชื้อจะให้ผลบวกได้บ่อย
4. การตรวจด้วยอุตราศาสตร์ CT scan, MRI จะพบอาการบวมใต้ผิวหนังและชั้น fascia
5. การตรวจทางรังสีจะมีประโยชน์ในกรณีที่มีการก่อโรครอยภายในซึ่งจะตรวจดูได้ยากหากมีการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังที่ชัดเจนไม่ควรรอทำการตรวจทางรังสีควรนำผู้ป่วยไปผ่าตัดเลย

การรักษาโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตาย มีดังนี้

1. การรักษาโดยการผ่าตัดเนื้อเยื่อและ fascia ที่เน่าตายออกจนจบจนเป็นการรักษาหลักของ การติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตาย มีการศึกษาย้อนหลังพบว่าผลการผ่าตัดทำให้อัตราตายลดลงจากร้อยละ 38 เหลือร้อยละ 4 การผ่าตัดควรกรีดลึกเข้าไปถึงชั้น fascia และกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อไขมัน fascia ที่มีการเน่าตายต้องเอาออกให้มากที่สุดและเปิดแผลไว้ก่อนยังไม่ต้องเย็บปิด
2. การเลือกสูตรยาปฏิชีวนะขึ้นกับผลการตรวจย้อมสีแกรมจากสารน้ำที่ได้จากรอยโรค
3. การให้ immunoglobulin เข้าหลอดเลือดในการรักษาภาวะ streptococcal toxic shock syndrome นั้นมีข้อมูลมากขึ้น พบว่าผลสัมฤทธิ์ที่นำมาจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรงก่อนและหลังให้ immunoglobulin เข้าหลอดเลือด เมื่อนำมาทดสอบพบว่าสามารถหยุดยั้งเชื้อได้
4. การใช้ hyperbaric oxygen therapy มีรายงานในสัตว์ทดลองว่ามีประโยชน์ในการรักษาภาวะ myositis จากเชื้อ streptococci อาจเลือกใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตายจากเชื้อหลายชนิด โดยเฉพาะบริเวณลำตัว พบว่าวิธีนี้จะให้ผลดีที่สุดถ้านำมาใช้ก่อนจะมีภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะต่างๆลดลง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทำให้เกิดเนื้อตาย

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการติดเชื้อทำให้เกิดเนื้อตาย เป็นการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากโรคมีการติดเชื้อลุกลามรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อคและสูญเสียอวัยวะบริเวณที่เป็นได้ จึงจำเป็นที่จะต้องประเมินสภาพและให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน การพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต เริ่มจากการประเมินสภาพของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต ได้แก่ การหายใจ การไหลเวียนโลหิต ซึ่งประเมินจากระดับความรู้สึกตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อคมักจะไม่มีต่อความรู้สึกตัวหรืออาจหมดสติ การหายใจจะตรวจดูว่าผู้ป่วยยังหายใจจังหวะสม่ำเสมอหรือไม่ สังเกตและบันทึก

ลักษณะ ขนาด ขอบเขตของแผลติดเชื้อ ดูเส้นทางเดินหายใจให้โล่ง ขั้นตอนนี้ต้องกระทำทันทีที่ประเมินได้ว่าการหายใจไม่สะดวก

2.การพยาบาลก่อนผ่าตัด การเตรียมร่างกายของผู้ป่วย จดน้ำและอาหารทุกชนิดเพื่อป้องกันการล้ากเศษอาหารเข้าปอดและเตรียมผิวหนังที่จะทำการผ่าตัด เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจเลือด ใส่น้ำสวนปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา บันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

การเตรียมทางด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และเปิดโอกาสให้ซักถาม อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดบริเวณที่มีการติดเชื้อ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่น้ำสวนปัสสาวะ และการใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดได้ ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น การพลิกตะแคงตัว การดูแลแผลและการติดต่อสื่อสารโดยการเขียนหรือการอ่านริมฝีปาก

3. การพยาบาลหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อทำให้เกิดเนื้อตายที่ได้รับการผ่าตัดกรีดแผลตัดเนื้อตายออกเปิดแผลไว้โดยไม่เย็บ ให้การพยาบาลดังนี้

3.1 ประเมินตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัดในชั่วโมงแรกตรวจวัดทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาทีจำนวน 2 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่จึงเปลี่ยนเป็นวัดทุก 2 ชั่วโมง ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ

3.2 การดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันแรกยังคงใส่ท่อหลอดลมคอต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้สมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูเส้นทางเดินหายใจให้โล่งเสมอจัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศาเพื่อให้ปอดขยายได้เต็มที่ สอนการหายใจทางหลอดลมคอ ปรับตั้งและปรับลดเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจนสามารถถอดท่อหลอดลมค้อออกได้ ในระยะนี้สอนการหายใจโดยให้หายใจเข้าออกลึกๆหายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ

3.3 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ล้างแผลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ สังเกตและประเมินความผิดปกติของแผล เช่น กลิ่น สี สารคัดหลั่งอาการอักเสบบวมแดงของแผลและรายงานให้แพทย์ทราบ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

3.4 การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ประเมินระดับความเจ็บปวดให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา จัดท่านอนไม่ให้กดทับแผล เบี่ยงเบนความสนใจเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น การทำสมาธิ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน

3.5 การดูแลทางด้านจิตสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถามต่างๆให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เน้นให้ญาติคอยให้กำลังใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินงาน

การติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตาย เป็นการติดเชื้อที่ผิวหนังและในชั้นใต้ผิวหนัง มีสาเหตุจากการติดเชื้อจุลชีพหลายๆ กลุ่ม เช่น แบคทีเรีย ซึ่งมีการอักเสบลุกลามอย่างรวดเร็วและรุนแรง อาจเริ่มมาจากอวัยวะข้างเคียงและอาจเกิดจากการแพร่กระจายมาตามกระแสเลือด ทำให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรงมีอัตราการพิการและเสียชีวิตได้บ่อย จึงต้องให้การรักษาพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและเหมาะสมจึงจะช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเท้าชาบวมแดง มีตุ่มใส พุคคูล สับสน ความดันโลหิตต่ำ หายใจตื้นและเร็ว แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า มีการติดเชื้อทำให้เกิดเนื้อตาย และรับผู้ป่วยไว้ดูแลที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม แพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดกรีดแผลตัดเนื้อตายออก (debridement) ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะทำการผ่าตัดจำนวน 50 มิลลิเมตร ได้รับการดมยาสลบและใส่ท่อหลอดลมคอ หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวใส่ท่อหลอดลมคอต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้สมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเสมอจัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายได้เต็มที่ สอนการหายใจทางท่อหลอดลมคอ ปรับตั้งและปรับลดเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถถอดท่อหลอดลมคอออกได้ภายในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด และให้ออกซิเจนทางจมูกไว้ผู้ป่วยหายใจดี ผู้ป่วยมีภาวะ hypovolemic shock ได้ติดตามประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ติดตามประเมินความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลาง ให้ยาเพิ่มความดันโลหิตตามแผนการรักษา จนสัญญาณชีพของผู้ป่วยเป็นปกติ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค นอกจากนั้นผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หลังจากผ่าตัดได้ 3 วันผู้ป่วยมีปัญหาการติดเชื้อลุกลามเพิ่มขึ้นแพทย์จึงทำการผ่าตัดล้างแผลเป็นครั้งที่ 2 ได้ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อและให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยนอนวางเท้าบนหมอน 1 ใบเพื่อลดบวม ระยะเวลาต่อมาภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดลดลง แผลแดงดีไม่มีอาการอักเสบบวมแดงเกิดขึ้นอีก หลังจากนั้นได้แนะนำให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ฟันฟุสภาพบนเตียง โดยขยับแขนขา ผีกรหายใจ การไอ ผู้ป่วยฟื้นตัวดีขึ้น ขยับขาข้างที่เป็นแผลได้ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนได้ด้วยตนเอง แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย รวมเวลาในการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 8 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ จนสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ รวมเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 26 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี สถานภาพสมรสอยู่ อาชีพพ่อบ้าน นับถือศาสนาพุทธ มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ.2553 เวลา 08.00 น. HN 11071/53 AN 4942/53 มีประวัติ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

เท้าขาบวมแดง มีตุ่มใส พุคยุบสับสน มาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สัญญาณชีพความดันโลหิต 77/44 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจตื้นและเร็วอัตรา 28-30 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 90 ได้รับออกซิเจนครอบหน้ากากจำนวน 10 ลิตรต่อนาที สารน้ำ 0.9%NSS จำนวน 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตราเร็วให้หมดภายใน 45 นาที แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ปอดพบว่า มีหัวใจโตเล็กน้อย ให้การวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อทำให้เกิดเนื้อตาย บริเวณเท้าขวา และวางแผนทำผ่าตัด โดยให้รับผู้ป่วยไว้ดูแลที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวเมื่อเรียก มีอาการปวดแสบที่เท้าข้างขวามาก วัดระดับความเจ็บปวดได้ 7 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพวัดความดันโลหิตได้ 64/48 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 115 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจตื้น 28 ครั้งต่อนาที และให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Dopamine 200 มิลลิกรัมผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตรอัตรา 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดจนความดันโลหิตเป็นปกติ 110/80 มิลลิเมตรปรอท จึงหยุดให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ติดตามผลการตรวจโลหิตทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีความแข็งตัวของโลหิตผิดปกติ PT ได้ 16(ค่าปกติ 10-12 sec) PTT ได้ 41.1(ค่าปกติ 23-32 sec) จึงให้ fresh frozen plasma จำนวน 500 มิลลิลิตรตามแผนการรักษา เตรียมตัวผู้ป่วยโดยการให้น้ำงดอาหาร เวลา 14.20 น.แพทย์ได้ส่งผู้ป่วยไปทำผ่าตัดกรีดแผลตัดเนื้อตายออกที่ห้องผ่าตัด ผู้ป่วยเสียเลือดขณะทำผ่าตัด 50 มิลลิลิตร

หลังผ่าตัดที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเวลา 16.00 น.ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อหลอดลมคอ และต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจ ควบคุมการหายใจทั้งหมด(Control Mandatory Ventilation หรือ CMV mode) แผลผ่าตัดมีเลือดซึมผ้าปิดแผลพอประมาณ เวลา 16.05 น.วัดสัญญาณชีพความดันโลหิตค่าวัดได้ 82/46 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 ฟังเสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้งสองข้าง เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว สอนผู้ป่วยหายใจทางหลอดลมคอตามเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจได้สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้าอยู่ระหว่าง 450-600 มิลลิลิตรต่อครั้ง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะ hypovolemic shock ได้ติดตามประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาทีจำนวน 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่เปลี่ยนเป็นทุก 2 ชั่วโมงให้สารน้ำ 5%D/NSS จำนวน 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงคู่กับ 0.9%NSS จำนวน 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลางวัดได้ 22 เซนติเมตรน้ำให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed ขนาด 4 มิลลิกรัมใน 5%D/W 100 มิลลิลิตรในอัตรา 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและให้ยาขับปัสสาวะ Lasix ขนาด 250 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ติดตามประเมินสารน้ำเข้าออกพบว่าผู้ป่วยปัสสาวะออกดีมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 110/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีปัญหาปวดแผลผ่าตัดประเมินความเจ็บปวดได้ 7 คะแนน จึงให้ยาบรรเทาอาการปวด Pethidine 25 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ประเมินซ้ำหลังได้ยาแก้

ปวดอาการปวดทุเลาลงประเมินความเจ็บปวดได้ 3 คะแนน หลังผ่าตัดแพทย์ยังคงให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร ดื่มน้ำได้ ผู้ป่วยได้รับยาลดการหลังกรดในกระเพาะอาหาร Omeprazole 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง และให้ยาป้องกันภาวะการติดเชื้อในร่างกายเป็น Tienam 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง Dalacin C 900 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง

วันที่ 13 มกราคม 2553 ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี สื่อสาร โดยการพยักหน้า สายหน้า หายใจทางท่อหลอดลมคอต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมการหายใจทั้งหมด ผู้ป่วยหายใจได้ดีไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้งต่อนาทีสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้าอยู่ระหว่าง 450-550 มิลลิลิตรต่อครั้ง วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 ชีพจรอยู่ระหว่าง 90-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับยาเพิ่มความดันโลหิตเป็น Levophed 4 มิลลิกรัมใน 5%D/W 100 มิลลิลิตร ปรับลดจำนวนหยดเป็น 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามประเมินความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง ความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 90/60 - 110/70 มิลลิเมตรปรอท ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ปัสสาวะออกดีจำนวน 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน วัดความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลางได้ 22 เซนติเมตรน้ำ แพทย์ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร ต่อ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 จำนวน 1,000 มิลลิลิตรอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง คู่กับ 0.9%NSS จำนวน 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณ เต้านมซ้ายยาวประมาณ 15 เซนติเมตร ปิดผ้าปิดแผลชนิดหนาไว้มีเลือดซึมออกมาเล็กน้อย ล้างแผลด้วย 0.9%NSS โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ใช้ผ้าปูปลอดเชื้อปูรองรับแผล แผลแดงดี ผิวหนังรอบข้างสีปกติไม่มี อาการอักเสบแดง มีลักษณะบวมเล็กน้อยปิดแผลไว้ จัดให้ผู้ป่วยนอนวางเท้าสูง 30 องศา เพื่อลดอาการบวม ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลวัดคะแนนความเจ็บปวดได้ 8 คะแนน ให้ยา Pethidine 20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ อีก 1 ชั่วโมงประเมินอาการปวดทุเลาลง เวลา 11.30 น. แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยตรวจร่างกายและให้ เริ่มปรับลดเครื่องช่วยหายใจ เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเอง วางแผนถอดท่อหลอดลมคอกออก ตั้งเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรให้เครื่องช่วยหายใจบางส่วน(Synchronic Intermittent Mandatory Ventilation หรือ SIMV mode) ตั้งความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 ปริมาตรหายใจเข้า 500 มิลลิลิตรต่อครั้ง อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที ช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศในขณะผู้ป่วยหายใจเข้า 10 เซนติเมตรน้ำ ตั้งความดันบวกในทางเดินหายใจออก 3 เซนติเมตรน้ำ ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ดูแลเสมหะดูแลทางเดินหายใจ ให้โล่งจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ภายหลังการปรับลดเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจดีไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 14-20 ครั้งต่อนาที ปริมาตรอากาศหายใจเข้าอยู่ระหว่าง 450-500 มิลลิลิตรต่อครั้ง วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 99-100 ชีพจรอยู่ระหว่าง 85-100 ครั้งต่อนาที วัดความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60-110/70 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 14 มีนาคม 2553 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีหายใจทางท่อหลอดลมคอต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรตั้งเครื่องให้ช่วยหายใจบางส่วน ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40

ปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้า 500 มิลลิลิตรต่อครั้ง อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที เพิ่มปริมาตรขณะหายใจเข้า 10 เซนติเมตรน้ำ ความดันบวกในทางเดินหายใจขณะหายใจออก 3 เซนติเมตรน้ำ ผู้ป่วยหายใจได้ดีไม่เหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-22 ครั้งต่อนาที ปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้าอยู่ระหว่าง 450-550 มิลลิลิตรต่อครั้ง วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 99-100 ซีฟรอยู่ระหว่าง 90-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed 4 มิลลิกรัมใน 5%D/W 100 มิลลิลิตรอัตรา 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปรับลดอัตราหยดเหลือ 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท วัดอุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส แพทย์ให้ปรับลดเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยหายใจเอง(Continuous Positive Airway Pressure หรือ CPAP mode) ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 เพิ่มปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้า 10 เซนติเมตรน้ำ ตั้งความดันบวกในทางเดินหายใจขณะหายใจออก 3 เซนติเมตรน้ำ ผู้ป่วยหายใจดีไม่หอบเหนื่อย เวลา 14.00 น. ประเมินการหายใจของผู้ป่วยก่อนถอดท่อหลอดลมคอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปริมาตรอากาศขณะหายใจออก 400-550 มิลลิลิตรต่อครั้ง วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 99-100 ซีฟรอยู่ระหว่าง 80-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท ดูแลเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่ง จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา ถอดท่อหลอดลมคอกออกด้วยความนุ่มนวลและให้ออกซิเจนครอบหน้าจากอัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและไอขับเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้งต่อนาที ซีฟรอยู่ระหว่าง 80-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอทวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 97-99 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น พูดคุยมีเสียง แพทย์ให้เริ่มจิบน้ำได้ ติดตามผลตรวจโลหิตทางห้องปฏิบัติการและรายงานแพทย์ sodium 138 mmol/l(ค่าปกติ 136-145 mmol/l) potassium 3.1 mmol/l(ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/l) chloride 110 mmol/l(ค่าปกติ 100-110 mmol/l) carbondioxide 22 mmol/l(ค่าปกติ 22-32 mmol) แพทย์ให้โพแทสเซียมคลอไรด์ชนิดน้ำรับประทานจำนวน 30 มิลลิลิตรทุก 6 ชั่วโมงจำนวน 2 ครั้ง ให้สารน้ำ Acetar-5 1,000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ติดตามประเมินแผลผ่าตัดมีเลือดซึมออกมาเล็กน้อยรอบแผลเริ่มมีอาการอักเสบบวมแดงแพทย์รับทราบให้ติดตามสังเกตอาการต่อ ผู้ป่วยปวดแผลเล็กน้อยจะแน่นความเจ็บปวด 3 คะแนน

วันที่ 15 มีนาคม 2553 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยสื่อสารได้ตามปกติ ผู้ป่วยหายใจเองได้ดีให้ออกซิเจนครอบหน้าจากอัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100 จึงเปลี่ยนเป็นออกซิเจนทางจมูก (Canular) อัตราการไหลของออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 14-18 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 97-99 ซีฟรอยู่ระหว่าง 80-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60-100/70 มิลลิเมตรปรอท คงยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed ขนาด 4 มิลลิกรัมใน

5%D/W 100 มิลลิตรทางหลอดเลือดดำอัตรา 5 มิลลิตรต่อชั่วโมง เวลา 10.00 น. เปิดล้างแผลผ่าตัดพบว่า มีอาการอักเสบบวมแดงลามถึงบริเวณต้นขา แพทย์เชื่อมอาการเพิ่มยาปฏิชีวนะ Penicillin 2.5 ล้านหน่วยฉีด เข้าหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจโลหิตทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีความแข็งตัวของโลหิต ผิดปกติ PT ได้ 16.5 PTT ได้ 40 จึงให้ Fresh Frozen Plasma จำนวน 600 มิลลิตรตามแผนการรักษา และวางแผนทำผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอธิบายเกี่ยวกับความจำเป็นในการผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ และอาหาร เวลา 14.00 น. ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดทำการผ่าตัดกรีดแผลตัดเนื้อตายออก ได้รับการดมยาสลบ ผู้ป่วยตื่นหายใจดีจึงได้รับการถอดท่อหลอดคอที่ห้องผ่าตัด กลับถึงหอผู้ป่วยเวลา 16.10 น.

วันที่ 17 มีนาคม 2553 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยได้ตามปกติ หายใจได้เองใส่ท่อออกซิเจนทางจมูกไว้ อัตรา การไหลของออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจดี วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง ปลายนิ้วได้ร้อยละ 99 อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตได้ 130/80 มิลลิเมตรปรอท หยุดการ ไห้ยาเพิ่มความดันโลหิต ประเมินความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม เปิดล้างแผลด้วย 0.9%NSS โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อแผลแดงดี ไม่มี อาการอักเสบบวมแดง วัดอุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส แพทย์จึงหยุดยา Dalacin C ปริญญา นัก กายภาพบำบัดเพื่อฝึกการเคลื่อนไหวของเท้า ผู้ป่วยปวดแผลและแน่นความเจ็บปวด 5 คะแนน แพทย์เริ่มให้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวจึงให้ยาแก้ปวด Paracetamol 2 เม็ดรับประทาน ให้สารน้ำ Acetar 5 1,000 มิลลิตรทางหลอดเลือดดำอัตรา 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง คาสายสวนปัสสาวะ ไว้ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส

วันที่ 19 มีนาคม 2553 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง หายใจได้เองโดยไม่ต้องให้ออกซิเจน วัดค่า ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 98 แผลผ่าตัดที่ขาไม่มีเลือดซึม แดงดีไม่มี อาการอักเสบบวมแดงผู้ป่วยไม่ปวดแผล รับประทานอาหารได้หมดลด แพทย์จึงหยุดการให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำและถอดสายสวนทางหลอดเลือดดำออกดูแลแผลหลังถอดสายสวนทางหลอดเลือดดำ โดยปิด ผ้าปิดแผลชนิดหนาขนาดบริเวณรูปไข่ 3-5 นาที่ หลังถอดสายสวนไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วยยังคาสายสวนปัสสาวะ ไว้ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส แพทย์อนุญาตให้ย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ก่อนย้ายผู้ป่วย ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เกี่ยวกับการหายใจโดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้า ออกช้าๆหายใจเข้าท้องป่องหายใจออกท้องแฟบ การไออย่างมีประสิทธิภาพให้หายใจเข้าลึกๆและไอ ออกมาแรงๆ การออกกำลังกายให้เริ่มขยับเท้าข้างที่เป็นแผลขึ้นลงฝึกกลืนน้ำหนักเท่าจนสามารถทรงตัวได้ แล้วค่อยฝึกเดินตามปกติ การดูแลแผลผ่าตัดแนะนำให้ผู้ป่วยเปิด แอแผลผ่าตัดเพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ พร้อมเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้ซักถามให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ จำหน่ายผู้ป่วยออก เวลา 14.30 น. รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเป็นเวลา 8 วัน

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพุดคุยได้ตามปกติ แผลผ่าตัดเท้า ขวาวดีขึ้นขอบเขตแผลเล็กน้อยแดงดี ผู้ป่วยขยับเท้าได้ดีสามารถลุกเดินในบริเวณใกล้ๆ ได้ แนะนำการมาตรวจ ติดตามการรักษาตามนัดทุกครั้งพร้อมทั้งการล้างแผลที่คลินิกใกล้บ้านทุกวัน ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 7

เมษายน 2553 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 26 วัน แพทย์นัดตรวจติดตามอาการ วันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2553 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทำให้เกิดเนื้องอก แม้จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและให้ยาปฏิชีวนะแล้ว การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความสำคัญมาก เนื่องจากแผลผ่าตัดอาจมีการอักเสบลุกลามขึ้นได้อีก ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินสภาพแผลและบริเวณรอบแผลอย่างใกล้ชิด หากขาดการประเมินแผลและสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขทันที่ผู้ป่วยอาจสูญเสียอวัยวะส่วนนั้นได้

ผู้ป่วยรายนี้หลังได้รับการผ่าตัด debridement ต้องใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้สมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ มีปัญหาความดันโลหิตต่ำ ได้ให้ยาเพิ่มความดันโลหิตตามแผนการรักษา ติดตามประเมินแผลผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง พบว่าวันที่ 3 หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีการติดเชื้อลุกลามเพิ่มขึ้น แพทย์จึงผ่าตัดซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ได้ติดตามเฝ้าระวังการติดเชื้อลุกลามต่อและดูแลให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา บรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดโดยประเมินระดับความเจ็บปวด จัดทำนอนไม่ให้กดทับแผลและให้ยาบรรเทาอาการปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพักผ่อน หลังผ่าตัดช่วงแรกผู้ป่วยได้รับการดื่มน้ำและอาหาร ดูแลให้สารน้ำทดแทน ติดตามผลการตรวจเลือดทางเคมีคลินิก บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายเพื่อให้เกิดความสมดุลของสารน้ำ ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และฟื้นตัวได้ดีสามารถช่วยเหลือตนเองได้

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทำให้เกิดเนื้องอก ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทำให้เกิดเนื้องอกและได้รับการผ่าตัดให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อทำให้เกิดเนื้องอกที่มีการอักเสบอย่างรุนแรง ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและการติดตามประเมินแผลอย่างใกล้ชิดทั้งแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้หลังจากผ่าตัดวันที่ 2 แพทย์เฝ้าอาการพบแผลเริ่มมีการอักเสบ แพทย์ได้ให้สังเกตอาการต่อ หลังผ่าตัดวันที่ 3 แผลผ่าตัดมีอาการอักเสบลุกลามมากแพทย์ให้เตรียมผ่าตัดทันที พยาบาลได้โทรศัพท์แจ้งญาติให้ทราบและให้ญาติมาเซ็นใบยินยอมผ่าตัด แต่ไม่สามารถติดต่อญาติได้ แพทย์ให้ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดก่อน เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินเพื่อช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัย ระหว่างผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดญาติมาเยี่ยมอาการเมื่อไม่พบผู้ป่วยจึงแสดงอาการตกใจ พยาบาลได้อธิบายให้ญาติผู้ป่วยรับทราบอาการลุกลามของแผลและต้องเข้าผ่าตัด แต่ญาติผู้ป่วยแสดงความไม่พอใจและไม่เข้าใจในแผนการรักษา หลังผ่าตัดได้รับประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ให้

รับทราบและจัดสถานที่ให้ญาติผู้ป่วยคุยอาการ แผนการรักษาผู้ป่วยกับแพทย์อย่างละเอียดจนเข้าใจ
หลังจากนั้นญาติคลายกังวลลงเข้าใจในแผนการรักษามากขึ้น

ดังนั้นแพทย์และพยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แนวทางการรักษา ความผิดปกติที่
อาจเกิดขึ้น โดยละเอียดกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อให้ญาติได้เข้าใจและลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น
ในการติดต่อสื่อสารได้

10. ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแนวทางการสื่อสารเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเสี่ยงต่อภาวะอันตรายที่อาจ
เกิดขึ้น เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจการรักษาซึ่งจะเป็นการลดข้อร้องเรียนได้
2. ควรจัดทำแผ่นพับแจกและเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคการติดเชื้อทำให้เกิดเนื้องอกแก่ประชาชน
ทั่วไป ให้ตระหนักถึงอาการเริ่มแรกของโรค เน้นให้เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตั้งแต่มีอาการ
เริ่มต้น เพื่อให้การรักษาที่ทันทั่วถึง
3. จัดทำแผ่นพับสอนและให้คำแนะนำ การดูแลแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้มา
ดูแล

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....พิมพ์ดีด นอ มขจร.....

(นางสาวพิมพ์ดีด หอมขจร)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 19 ต.ค. 2554

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางสุภาณี นาควิเชียร)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่ 19 ต.ค. 2554

ลงชื่อ.....

(นายประพาสน์ รัชตะสัมฤทธิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่ 19 ต.ค. 2554

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวพิมพ์ดี หอมขจร

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 693) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง การฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการเกิดข้อนิ้วมือและนิ้วมือยึดติด

หลักการและเหตุผล

หอพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตทางศัลยกรรมรวมทั้งดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม ที่มีภาวะเส้นเลือดสมองตีบ แดก อุดตัน หรือมีพยาธิสภาพทางระบบประสาทซึ่งอาการทางสมองอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ มีข้อนิ้วมือและนิ้วมือยึดติด แม้จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมองหรือกระบวนการการรักษาทางยาแล้วก็ตาม แต่อาการเหล่านั้นก็ยังคงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน ดื่กอาหาร หากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพหรือปล่อยให้เกิดความพิการนานไป ก็จะทำให้เกิดปัญหาข้อนิ้วมือและนิ้วมือยึดติด งอเกร็ง เกิดการอักเสบ มีกลิ่นเหม็น และเกิดการติดเชื้อของผิวหนังที่มีออกมาได้ จึงวางแผนจัดทำแนวทางฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการเกิดข้อนิ้วมือและนิ้วมือยึดติด

วัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันการเกิดความพิการ ผู้ป่วยสามารถใช้มือ นิ้วมือได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้
2. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการไหลเวียนเลือด ที่มือและนิ้วมือมากขึ้น
3. เพื่อลดความไม่สุขสบายจากการยึดติด ของข้อนิ้วมือ เช่น อาการปวดเกร็ง
4. เพื่อป้องกันการอักเสบ และการสะสมของเชื้อโรค บริเวณฝ่ามือ ซอกนิ้วมือ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ได้อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเองโอเร็มใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายหลักทฤษฎีได้แก่

1. บุคคลเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
2. บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเอง
3. การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นของชีวิตบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิตการพัฒนาการ
4. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สังแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำๆ กัน

5. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล
6. การดูแลตนเองหรือผู้อื่นในความปกครองหรือผู้อื่น เป็นสิ่งที่มีค่าควรแก่การยกย่องส่งเสริม
7. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
8. การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อนมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่จะดำรงความมีสุขภาพดี

มือและนิ้วมือเป็นอวัยวะที่สำคัญในการช่วยเหลือตนเองขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน ดื่กอาหาร หรือหยิบจับอุปกรณ์ของที่จำเป็น หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีเส้นเลือดในสมองตีบ แดก อุดตัน หรือมีพยาธิสภาพทางระบบประสาท อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการมีข้อนิ้วมือและนิ้วมือยึดติด ทำให้มีการดูแลตนเองบกพร่องดังที่กล่าวมาข้างต้นและไม่สุขสบาย สาเหตุจากอาการปวดเกร็งมือ มีการติดเชื้อมือ หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว โดยได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยเองและญาติก็จะสามารถลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ต้องให้ความสำคัญกับการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความพิการและสุขสบาย ที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงจัดจัดทำนวัตกรรมการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการเกิดข้อนิ้วมือและนิ้วมือยึดติด โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ขอความเห็นชอบต่อหัวหน้าหอพยาบาลผู้ป่วยหนักสัลยกรรมในการจัดทำแนวทางการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการเกิดข้อนิ้วมือและนิ้วมือยึดติด
2. ประชุมสมาชิกในหอพยาบาลผู้ป่วยหนักสัลยกรรม นำเสนอหลักการและขอความร่วมมือในการจัดทำ
3. จัดทำนวัตกรรมการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการเกิดข้อนิ้วมือและนิ้วมือยึดติดและสาธิตวิธีการใช้ดังต่อไปนี้

3.1 อุปกรณ์ในการผลิต มีดังนี้

- ผ้า cotton
- ไยสังเคราะห์
- เช็ม ด้าย
- กรรไกร
- กระดาษวาดแบบและดินสอ

3.2 วิธีการทำนวัตกรรม

- ใช้ดินสอวาดรูปมือสีน้ำบนกระดาษ
- ตัดกระดาษตามแนวรูปมือ
- นำรูปแบบที่ตัดได้ทาบบนผ้า cotton ตัดตามแบบ
- เย็บตามแนวแบบ
- ยัดใยสังเคราะห์จนเต็มและเย็บปิด ก็จะได้นวัตกรรมตามภาพ



ภาพที่ 1. แสดงผลผลิตของนวัตกรรม

3.3 วิธีการใช้

- กรณีผู้ป่วยที่ยังไม่มีข้อมือและนิ้วมือยึดติดมาก ให้ผู้ป่วยบริหารโดยการบีบและคลายมือด้วยตนเองทุก 2-3 ชั่วโมง
- กรณีผู้ป่วยที่มีการยึดติดมากช่วยเหลือโดยการถอดและใส่อุปกรณ์ที่จัดทำให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 1 – 2 ชั่วโมง



ภาพที่ 2. สาธิตวิธีการใช้

4. ทดลองใช้กับผู้ป่วยตามแนวทางการป้องกันข้อนิ้วมือและนิ้วมือยึดติด
5. ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดความพิการจากการเกิดข้อนิ้วมือ และ นิ้วมือยึดติด
2. ลดการติดเชื้อบริเวณข้อนิ้วมือ
3. ผู้ป่วยสามารถใช้มือ และ นิ้วมือในการปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากกว่าร้อยละ 70

ลงชื่อ... พิมวดี หอมขจร

(นางสาวพิมวดี หอมขจร)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่... 19 ต.ค. 2554