

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะถุงน้ำดีอักเสบ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมองเพื่อป้องกันการรักษาที่ล่าช้า
ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

เสนอโดย

นางสาวศิริภรณ์ เรือนแป้น

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 684)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยภาวะถุงน้ำดีอักเสบ
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม – 13 ธันวาคม พ.ศ. 2553)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ถุงน้ำดีอักเสบ คือ อการอักเสบที่เกิดขึ้นในถุงน้ำดี ส่วนใหญ่จะเกิดจากการมีนิ่วในถุงน้ำดีจนเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียที่บริเวณนั้น ทำให้เกิดอาการปวดท้อง แบ่งการอักเสบออกเป็น การอักเสบแบบเฉียบพลัน (acute cholecystitis) และการอักเสบแบบเรื้อรัง (chronic cholecystitis)

สาเหตุ

1. นิ่วน้ำดี เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดถุงน้ำดีอักเสบ
2. บางรายเกิดหลังอุบัติเหตุที่ได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงที่บริเวณท้อง หรือเกิดหลังการผ่าตัดช่องท้อง
3. การติดเชื้อที่ถุงน้ำดีโดยตรง เช่น ใช้ไทฟอยด์
4. เนื้องอกอุดตันทางเดินน้ำดี

กายวิภาค

ถุงน้ำดีเป็นอวัยวะในช่องท้องที่ทำหน้าที่ในการเก็บสะสมน้ำดี เพื่อช่วยในการย่อยอาหาร โดยจะมีโครงสร้างที่ติดต่อกับตับซึ่งเป็นอวัยวะที่ผลิตน้ำดี และลำไส้เล็กส่วนต้นซึ่งเป็นบริเวณที่มีการปล่อยน้ำดีออกสู่ทางเดินอาหาร ถุงน้ำดีแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. fundus
2. body
3. neck
4. infundibulum ซึ่งจะเชื่อมต่อไปยัง cystic duct

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดถุงน้ำดีอักเสบ

มากกว่าร้อยละ 90 ของถุงน้ำดีอักเสบเกิดจากนิ่วในถุงน้ำดี ซึ่งทำให้เกิดมีการอุดตันที่ cystic duct ทำให้น้ำดีที่ค้างอยู่ใน gall bladder มีความเข้มข้นสูงจนก่อให้เกิดการอักเสบของถุงน้ำดี ถ้าการอุดตันเป็นในระยะเวลาไม่นาน ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดแบบ Biliary colic และถ้าการอุดตันยังคงดำเนินต่อไปก็จะทำให้ gall bladder เกิดการอักเสบตามมา ผนังจะบวมหนาตัวขึ้น และมีการหลั่งสาร exudate มากอยู่รอบ ๆ gall bladder

การอักเสบระยะแรกจะเป็น Sterile bile ต่อมาจะมี Secondary bacterial infection ตามมาจากกลุ่ม Enterococci หรือ Anaerobe เมื่อมีการอุดตันนานขึ้น ถ้ายังไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า Gangrene Cholecystitis และ Emphyematous Cholecystitis (มี Gas ภายใน lumen ของ gallbladder)

และสุดท้ายถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเกิด Perforation of gall bladder และทำให้ผู้ป่วยมาด้วยอาการ Peritonitis และ Sepsis ในที่สุด

อาการและอาการแสดงของถุงน้ำดีอักเสบ

1. ปวดท้องจุกแน่นใต้ชายโครงขวาหรือที่ลิ้นปี่ อาการปวดจะรุนแรงมากขึ้น และเป็นอยู่ตลอดเวลา การหายใจเข้าออกลึกๆอาจทำให้เจ็บมากขึ้น และอาการปวดอาจเป็นอยู่หลายชั่วโมงหรือหลายวันหากไม่ได้รับการรักษา บางครั้งอาการปวดจะร้าวไปที่สะบักขวาหรือหลัง

2. ไข้หนาวสั่น เหงื่อแตก

3. ท้องอืด เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน

หากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น ถุงน้ำดีทะลุ เน่า มีการอักเสบลุกลามเข้าไปในช่องท้อง เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ

2. การตรวจร่างกาย

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. การ Ultrasound

การรักษาภาวะถุงน้ำดีอักเสบ

การรักษามี 2 วิธี คือ

1. การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด ในช่วงแรกจะเป็นการให้ยาปฏิชีวนะและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งสังเกตอาการทางหน้าท้อง ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ต้องรีบนำผู้ป่วยไปผ่าตัดทันที

2. การรักษาโดยการผ่าตัด มี 2 วิธี คือ

2.1 การผ่าตัดผ่านกล้อง (LC : laparoscopic cholecystectomy)

2.2 การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (OC : open cholecystectomy)

ปัจจุบันนิยมการผ่าตัดผ่านกล้องมากกว่าการเปิดหน้าท้อง การผ่าตัดอาจพิจารณาผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ถึง 7 วัน หรือภายใน 2-3 เดือนหลังจากมีอาการครั้งแรกที่รักษาหายแล้ว

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำดีอักเสบ

การพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะแรก

การพยาบาลเริ่มจากการประเมินสภาพของผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย สังเกตอาการทางหน้าท้อง ประเมินอาการปวดท้องและให้ยาแก้ปวด ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยให้ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ จอเลือด หรือ สารประกอบของเลือดให้พร้อมใช้ รวมทั้งการเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้งาน ได้ทันทีจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้มากขึ้น

2. การพยาบาลก่อนผ่าตัด

การพยาบาลทางด้านจิตใจ โดยให้ข้อมูลคำแนะนำก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด สภาพผู้ป่วย หลังผ่าตัดวิธีปฏิบัติในระยะก่อนและหลังผ่าตัดร่วมกับการดูแลทางด้านร่างกาย ให้สารน้ำทดแทนบันทึกสัญญาณชีพ รักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียเลือดและเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัดให้พร้อม

3. การพยาบาลหลังผ่าตัด

ดูแลเรื่องระบบทางเดินหายใจ ป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัดใน 2-3 ชั่วโมงแรก ตรวจวัดทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ จึงเปลี่ยนเป็นวัดทุก 2 ชั่วโมง การให้สารน้ำหลังผ่าตัดต้องดูแลให้ได้สารน้ำอย่างเพียงพอ ประเมินอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม การดูแลแผลผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ประเมินคะแนนความเจ็บปวดก่อนและหลังให้ยาแก้ปวด ส่งเสริมด้านจิตสังคม เน้นให้ญาติคอยให้กำลังใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะถุงน้ำดีอักเสบ จำนวนเพิ่มมากขึ้น บางรายมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด บางรายมีการติดเชื้อรุนแรงจนเกิดภาวะ sepsis shock ซึ่งเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตได้ จึงต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค รวมทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริม และฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี มีประวัติปวดแน่นท้องมา 3 เดือน มาพบแพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบถุงน้ำดีอักเสบ จึงรับไว้ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ได้รับการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีอักเสบออกทางหน้าท้อง หลังผ่าตัดแพทย์ให้ยาผู้ป่วยมาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากหลอดลมคอบวมทำให้หายใจลำบากต้องใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกต่อกับออกซิเจน T-piece ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ให้การพยาบาลโดยประเมินการหายใจ วัดปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้าได้ 300-500 มิลลิตรต่อครั้ง ผู้ป่วยหายใจดี อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100 จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายเต็มที่ สอนการหายใจทางท่อหลอดลมอย่างถูกวิธีและสอนให้ไออย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ นอกจากนี้ต้องให้ยา Dexamethasone 4 mg ฉีดเข้า

ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เพื่อลดอาการหลอดลมคอบวมตามแผนการรักษา และสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางจมูก อัตราการไหล 5 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 98 ผู้ป่วยมีปัญหาปวดแผลหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยใช้วิธีประเมินความเจ็บปวดด้วย pain score พบว่า pain score ได้ 10 คะแนน จึงให้ยาแก้ปวด Pethidine 50 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษา ประเมินซ้ำหลังได้รับยาแก้ปวด อาการปวดลดลง pain score ได้ 3-4 คะแนน ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การดูแลได้แก่ ประเมินสภาพของแผลและทำความสะอาดโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พบว่าแผลผ่าตัดทางหน้าท้องแห้งดี ไม่มีลักษณะบวมแดง ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะติดเชื้อ การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดได้แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพบนเตียง โดยขยับแขนขา ผีการหายใจ การไอ จนกระทั่งผู้ป่วยหายใจเองได้ดี ฟันตัวดีขึ้นช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนได้ด้วยตนเอง แพทย์จึงอนุญาตให้ย้ายไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ในวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ.2553 เวลา 15.45 น.รวมเวลารักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 5 วัน ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2553 เวลา 13.00 น. รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 51 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร เลขที่ภายนอก 43158/53 เลขที่ภายใน 24648/53 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ตั้งแต่วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2553 เวลา 11.34 น. โดยมาพบแพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยมีประวัติการเจ็บป่วย 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดแน่นท้อง แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบถุงน้ำดีอักเสบ วันนี้จึงนัดมาผ่าตัดโดยรับไว้ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายเพื่อเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยแพทย์ให้เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเลือดปกติ งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนและให้สารน้ำ 5%D/N/2 ทางหลอดเลือดดำจำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สัญญาณชีพ ผู้ป่วยหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 106/46 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที แพทย์ทำผ่าตัดเอาถุงน้ำดีอักเสบออกทางหน้าท้อง วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2553 เวลา 09.00 น. หลังทำการผ่าตัดแพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยไปหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเนื่องจากหลอดลมคอบวมจากการใส่ท่อช่วยหายใจยาก

วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2553 เวลา 14.30 น. รับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด หลังทำการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีอักเสบออกทางหน้าท้อง เสียเลือด 100 มิลลิลิตร ได้สารน้ำระหว่างการผ่าตัด 1,400 มิลลิลิตร แรกวันที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจทางท่อช่วยหายใจทางจมูกต่อกับออกซิเจน T-piece

หอบกิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจทางท่อช่วยหายใจทางจมูกต่อกับออกซิเจน T-piece ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจดี อัตราการหายใจ 16 – 24 ครั้งต่อนาที วัดปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้าได้ 300 – 500 มิลลิลิตรต่อครั้ง วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 – 70 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/70 – 160/80 มิลลิเมตรปรอท มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้องลักษณะเฉียงขวา ปิดด้วยผ้าปิดแผลชนิดหนา ไม่มีเลือดซึม หน้าท้องนุ่ม ทางด้านขวามีท่อระบายต่อลงขวดสุญญากาศ มีของเหลวสีน้ำตาลใส ปริมาณ 50 มิลลิลิตร ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อ Rocephin 2 gm ฉีดทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง และ Metronidazole 500 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลและแสดงสีหน้าเจ็บปวด ประเมิน pain score ได้ 10 คะแนนให้ยาแก้ปวด Pethidine 50 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน ประเมินอาการปวดหลังได้รับยา 1 ชั่วโมง pain score ได้ 5-6 คะแนน ผู้ป่วยหลับได้ หลังผ่าตัดผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร ให้สารน้ำ 5%D/N/2 ทางหลอดเลือดดำจำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาลดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร Nexium 40 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง นอกจากนี้ให้ยาลดอาการบวมของหลอดเลือด Dexamethasone 8 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง รวมทั้งพ่นยา Kamilosan ในคอวันละ 4 ครั้ง ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง

วันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2553 หลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้โดยการพยักหน้าส่ายหน้า หายใจทางท่อช่วยหายใจทางจมูกต่อกับออกซิเจน T-piece ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจดี อัตราการหายใจ 16 – 18 ครั้งต่อนาที วัดปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้าได้ 300 – 450 มิลลิลิตรต่อครั้ง วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 จึงลดอัตราการไหลของออกซิเจนไว้ที่ 8 ลิตรต่อนาที วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 50 – 60 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/60 – 130/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยยังงดน้ำงดอาหารต่อ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5%D/N/2 ทางหลอดเลือดดำจำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เปิดแผลทำความสะอาดโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล พบว่าแผลแห้งดี บริเวณรอบแผลไม่มีอาการบวมแดง ท่อระบายต่อขวดสุญญากาศมีลักษณะเป็นเลือดปนน้ำในช่องท้องปริมาณ 20 มิลลิลิตร ผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผล ประเมิน pain score ได้ 8 คะแนน ให้ยาแก้ปวด Dynastat 1 Amp ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง 1 วัน และให้ Pethidine 30 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับยาแก้ปวด นอนหลับพักผ่อนได้ ประเมินอาการปวดหลังได้รับยา pain score ได้ 4 คะแนน ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอจากการใส่ท่อช่วยหายใจ พ่นยา Kamilosan ตามแผนการรักษาและให้ยาลดบวมของหลอดเลือด Dexamethasone 4 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ปกติ

วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2553 หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้โดยการพยักหน้า สายหน้าหายใจทางท่อช่วยหายใจทางจมูกต่อกับออกซิเจน T-piece ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 อัตราการไหล 5 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจดี อัตราการหายใจ 16 – 18 ครั้งต่อนาที วัดปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้าได้ 300 – 450 มิลลิลิตรต่อครั้ง วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 50 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/70 – 150/80 มิลลิเมตรปรอท ประเมินแผลผ่าตัดแห้งดี บริเวณรอบแผลไม่มีอาการบวมแดง ท่อระบายต่อหลอดสุญญากาศไม่มีของเหลวออกเพิ่ม ประเมินอาการปวดแผลผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง ซึ่งไม่ได้ให้ยาแก้ปวดต่อ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวโดยให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดทางปากหลังเที่ยงคืนและให้สารน้ำ 5%D/N/2 ทางหลอดเลือดดำจำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อเตรียมส่งกล้องและเอาท่อช่วยหายใจออก ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจทางท่อช่วยหายใจทางจมูกต่อกับออกซิเจน T-piece ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 อัตราการไหล 5 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจดี วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยปวดแผลประเมิน pain score ได้ 8 คะแนน ให้ยาแก้ปวด Pethidine 25 mg ทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาแก้ปวด ประเมินอาการปวดหลังได้รับยา pain score ได้ 4 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้ เวลา 11.00 น. ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเพื่อทำการส่งกล้องดูหลอดลมคอและเอาท่อช่วยหายใจออก รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเองโดยให้ออกซิเจนแบบ mask with bag อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพโดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่ซ้ำ ๆ 2-3 ครั้ง กลับไว้สักครู่ และไอออกมาโดยเร็วและแรง พร้อมทั้งเอามือกุมบริเวณแผลไว้ขณะไอ ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี อัตราการหายใจ 14-20 ครั้งต่อนาที วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 ชีพจร 50 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/70 – 160/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น พุดคุยได้ดี มีอาการเจ็บคอเล็กน้อย เวลา 14.00 น. ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี เปลี่ยนจากออกซิเจน mask with bag เป็นออกซิเจน canular อัตราการไหลของออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 14-18 ครั้งต่อนาที วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 แพทย์ตรวจเย็บอาการหลังถอดท่อช่วยหายใจ ให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ ลดอัตราการไหลของสารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร เป็น 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ย้ายผู้ป่วยไปพักฟื้นต่อที่ตึกศัลยกรรมชายได้ ก่อนย้ายผู้ป่วยได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลแผลหลังผ่าตัดโดยระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำจนกว่าจะตัดไหม และการออกกำลังกายโดยให้ยกแขนยกขาบนเตียง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ จำหน่ายผู้ป่วย วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2553 เวลา 15.45 น. รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 5 วัน

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง แผลหน้าท้องแห้งดี ไม่บวมแดง ลูกเดินข้างเตียงทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ปวดแผลเล็กน้อย คະแนนความเจ็บปวดได้ 2-3 คະแนนผู้ป่วยไม่ต้องการยาแก้ปวด แพทย์นำสายระบายออกแผล ไม่มีสารคัดหลังซึม ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี ท้องไม่อืดคั่ง ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย และอาหารที่มีกากใยมาก ๆ เพื่อช่วยในการขับถ่าย การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ จากพยาบาลและเข้าใจดี แพทย์วางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ.2553 นัดติดตามอาการกับแพทย์ที่ห้องตรวจศัลยกรรม ในวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ.2553 แนะนำผู้ป่วยให้มาตามนัด ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ.2553 เวลา 13.00 น.รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีอักเสบต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อเป็นการป้องกันการอักเสบติดเชื้อที่เกิดขึ้นในช่องท้อง และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ sepsis shock ซึ่งการดูแลหลังผ่าตัดต้องมีการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีอักเสบออกทางหน้าท้อง หลังผ่าตัดต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากหลอดลมคอบวมจากสาเหตุใส่ท่อช่วยหายใจยาก การพยาบาลในระบายนี้อาจประเมินการหายใจทุก 1-2 ชั่วโมง และวัดปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้าได้ 300-500 มิลลิตรต่อครั้ง ผู้ป่วยหายใจ อัตรการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ ร้อยละ 98-100 จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายเต็มที่ และต้องสอนการหายใจทางท่อหลอดลมอย่างถูกวิธีและสอนให้ไออย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเสมอ นอกจากนี้ต้องให้ยา Dexamethasone 4 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เพื่อลดอาการหลอดลมคอบวมตามแผนการรักษา จนสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางจมูก อัตราการไหล 5 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 98 นอกจากนี้ผู้ป่วยมีปัญหาวัดแผลหลังผ่าตัด ได้ให้การพยาบาลโดยใช้วิธีประเมินความเจ็บปวดด้วย pain score พบว่า pain score ได้ 10 คະแนน ได้ให้ยาแก้ปวด Pethidine 50 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวด และประเมินอาการปวดซ้ำหลังได้รับยาแก้ปวด อาการปวดลดลง pain score ได้ 3-4 คະแนน สามารถพักผ่อนได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ประเมินสภาพของแผลและทำความสะอาดโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พบว่าแผลผ่าตัดทางหน้าท้องแห้งดี ไม่มีลักษณะบวมแดง ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะติดเชื้อ การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดได้แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพบนเตียง โดยขยับแขนขา ฝึกการหายใจ การไอ จนกระทั่งผู้ป่วยหายใจเองได้ดี ฟันตัวดีขึ้นช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนได้ด้วยตนเอง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะดุน้ำคืออีกเสบและได้รับการผ่าตัดเอาดุน้ำคือออกให้ มีประสิทธิภาพมากขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคดุน้ำคืออีกเสบ มีอาการปวดแน่นท้องนาน 3 เดือนซึ่งอาการของโรคนี้ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เมื่อมีการอักเสบเพิ่มมากขึ้นและมีการติดเชื้อในช่องท้องจนเกิดภาวะ sepsis shock ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่รวดเร็ว รวมทั้งการให้การพยาบาลอย่าง ใกล้เคียงตั้งแต่แรกรับจนหลังได้รับการผ่าตัด มีการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเพื่อให้ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ และในรายนี้นอกจากผู้ป่วยและญาติจะ มีความวิตกกังวลในเรื่องการผ่าตัดแล้วยังมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเนื่องจากขณะผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาในการ ใส่ท่อช่วยหายใจยาก จึงไม่สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้หลังการผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติ ไม่คาดคิดหรือไม่ทราบมาก่อน จึงต้องให้ข้อมูลและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ รวมทั้งการให้กำลังใจ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความวิตกกังวลลง

10. ข้อเสนอแนะ

1. มีการให้ความรู้แก่ประชาชน เช่น การแจกแผ่นพับ หรือมีการจัดนิทรรศการความรู้ให้รับทราบ ถึงอาการและอันตรายของโรค เพื่อให้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการมาพบแพทย์
2. พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะดุน้ำคืออีกเสบ โดยจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ทั้งกลุ่มแพทย์ และ พยาบาลในรูปแบบของ CPG (Critical Practice Guideline) เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน และเป็น การสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
3. จัดทำแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้องและสร้างความมั่นใจให้กับญาติในการกลับไปดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....ศิริภรณ์ เรือนแป้น.....
(นางสาวศิริภรณ์ เรือนแป้น)
พยาบาลวิชาชีพ 5
ผู้ขอรับการประเมิน
วันที่.....17 ต.ค. 2554.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..........
(นางสุภาณี นาควิเชียร)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
วันที่.....17 ต.ค. 2554.....

ลงชื่อ..........
(นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
วันที่.....17 ต.ค. 2554.....

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวศิริภรณ์ เรือนแป้น**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 684) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์
เรื่อง การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมองเพื่อป้องกันการรักษาที่ล่าช้าในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
ศัลยกรรม

หลักการและเหตุผล

ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ได้ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมองจำนวนมาก ซึ่งทุกราย
ต้องได้รับการประเมินอาการทางสมองอย่างใกล้ชิด โดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ
การรักษาอย่างรวดเร็ว การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า นั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา และส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการ
สูญเสียชีวิตได้ จากการเก็บสถิติของผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมองในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
ในปี พ.ศ.2552 มีผู้ป่วยจำนวน 48 ราย พบผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า จำนวน 5 ราย ซึ่งมีจำนวน 3 รายต้อง
นอนโรงพยาบาลนานขึ้น และอีก 2 ราย เสียชีวิต ดังนั้นการประเมินอาการทางสมองของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่
สำคัญ และในการปฏิบัติงานนั้นจะมีบุคลากรหลายระดับ ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน
การไม่มีแนวทางประเมินผู้ป่วยทางสมองที่ชัดเจนจะส่งผลให้การประเมินผู้ป่วยแตกต่างกันและเกิดความ
ล่าช้า อันเป็นผลให้การรักษาพยาบาลต้องดำเนินการช้าไปด้วย ถ้าหน่วยงานมีแนวทางการประเมินที่
ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน จะช่วยให้ทุกคนสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องมากขึ้น จึงได้
วางแผนจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมองขึ้นเพื่อป้องกันการรักษาที่ล่าช้าในหออภิบาล
ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่มารักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้รับการรักษาอย่าง
รวดเร็ว
2. เพื่อให้บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
รวดเร็ว เป็นแนวทางเดียวกัน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญมาก ทำหน้าที่สั่งการและควบคุมการทำงานของส่วนต่างๆ ในร่างกาย ทั้ง
ด้านการรับรู้ การเคลื่อนไหวของร่างกาย และระดับความรู้สึก เมื่อมีพยาธิสภาพที่สมองจะทำให้การทำ
หน้าที่ต่างๆ บกพร่องไป ผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมองจึงต้องได้รับการประเมินอาการอย่างถูกต้องและ
รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่ จึงมีแนวคิดจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ทางสมองขึ้นเพื่อป้องกันการรักษาที่ล่าช้าในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากที่สุด

ซึ่งการประเมินสภาพของผู้ป่วยหนักที่มีอาการทางสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ หรืออยู่ในภาวะฉุกเฉิน ควรใช้หลักของ ABCL ซึ่งย่อมาจาก

A : airway

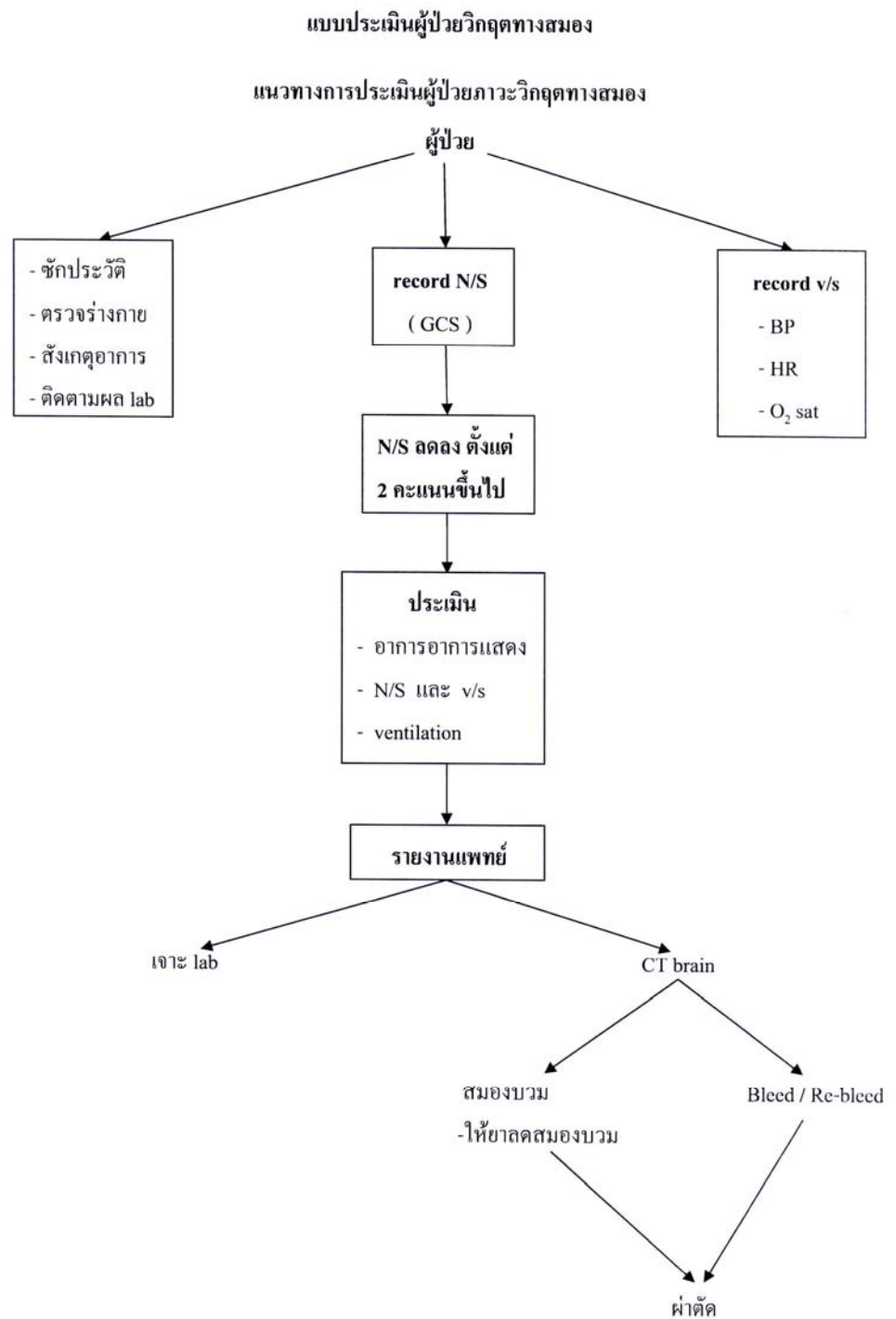
B : bleeding

C : circulation

L : level of conscious

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และป้องกันการรักษาที่ล่าช้า จึงได้วางแผนในการจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมองเพื่อป้องกันการรักษาที่ล่าช้า สำหรับบุคลากรในหน่วยงานได้ใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขอความเห็นชอบต่อหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ในการจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมองเพื่อป้องกันการรักษาที่ล่าช้าในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
2. ประชุมผู้ร่วมงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม นำเสนอแนวทางและขอความร่วมมือในการจัดทำ
3. รวบรวมข้อมูล และสถิติของผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมอง
4. จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมอง ดังนี้



5. นำเสนอและทดลองปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสมอง
6. ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรในหน่วยงานสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว
3. ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
4. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยที่มี GCS ลดลง 3 แด้ม ต้องได้รับการประเมินทันทีมากกว่าร้อยละ 95

ลงชื่อ.....ศิริภรณ์ เรือนแป้น.....

(นางสาวศิริภรณ์ เรือนแป้น)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 11 7 ค.ศ. 2554.....