

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกหลังผ่าตัด
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
โดยการจัดทำคู่มือไว้ประจำเตียงผู้ป่วย

เสนอโดย

นางเขมาสินี วรรณแสน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 201)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกหลังผ่าตัด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 19 วัน (ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2552 ถึงวันที่ 4 มีนาคม 2552)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

สมองเป็นอวัยวะที่ควบคุมหน้าที่สำคัญ เมื่อสมองที่ควบคุมบาดเจ็บหรือถูกทำลายอวัยวะที่ถูกควบคุมก็จะเสียหายไปด้วย ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและมีเลือดออกในโพรงกะโหลกหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยในหอบำบัดผู้ป่วยหนัก ทำให้สามารถวางแผนการจัดการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ในการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงกับปกติให้มากที่สุด

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงเข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมองกับเส้นประสาทสมอง

ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งออกเป็น 2 แบบ ตามกลไกการบาดเจ็บ คือ

1. การบาดเจ็บโดยตรง (direct injury) คือบาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี 2 ชนิด

1.1 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะอยู่นิ่ง (static head injury) คือบาดเจ็บที่เกิดขณะที่ศีรษะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวเล็กน้อย เช่น การถูกตี ถูกยิง เป็นต้น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นพยาธิสภาพเฉพาะที่เท่านั้น แต่ถ้าถูกตีด้วยวัตถุใหญ่หรือวัตถุที่มีความเร็วสูงจะทำให้สมองเกิดการสั่นสะเทือนอย่างรุนแรง

1.2 บาดเจ็บที่เกิดขณะที่ศีรษะเคลื่อนที่ (dynamic head injury) คือบาดเจ็บที่เกิดขณะที่ศีรษะมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถชนต้นไม้ ขับรถชนกับรถที่วิ่งสวนทาง เป็นต้น เมื่อศีรษะกระทบของแข็งจะทำให้เกิดบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้น (coup lesion) ซึ่งมักมีการแตกร้าวของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออกร่วมด้วย (contrecoup lesion)

2. การบาดเจ็บโดยอ้อม (indirect injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกายและมีผลสะท้อนทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูง กระแทกพื้นทำให้ศีรษะกระแทก ลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนมดลลาโดยตรง การบาดเจ็บชนิดนี้มักไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ

พยาธิสรีรวิทยา การบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถจำแนกได้เป็นลักษณะดังนี้

1. กะโหลกศีรษะ (skull fracture) ได้แก่ กะโหลกศีรษะแตกร้าว (linear skull fracture) ซึ่งจะเห็นได้จากภาพถ่ายรังสี กะโหลกศีรษะแตกยุบลงไปกดเนื้อสมอง (depress skull fracture) ซึ่งอาจมองเห็นได้คลำได้หรือมองเห็นได้จากภาพถ่ายรังสี ฐานกะโหลกแตก (basilar skull fracture)

2. การบาดเจ็บของสมอง (brain injury) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยหมดสติไปชั่วคราว (concussion) ไม่เกิน 10 นาที เมื่อฟื้นขึ้นแล้ว ตรวจไม่พบความผิดปกติของหน้าที่ระบบประสาท การบาดเจ็บที่สมอง (contusion) สมองบวมและมีเลือดออกเป็นจุดๆ บนเนื้อสมอง ความผิดปกติของหน้าที่ระบบประสาทขึ้นอยู่กับบริเวณที่เป็น การบาดเจ็บที่มีผลทะลุเข้าไปในกะโหลกศีรษะ (penetrating injury) และเนื้อสมอง จากวัตถุที่มีความเร็วสูง เช่น กระสุนปืน ซึ่งการบาดเจ็บนี้จะเกิดการติดเชื้อของสมองตามมา การมีก้อนเลือดเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (epidural hematoma) เกิดจากแรงที่กระแทกศีรษะทำให้เยื่อหุ้มสมองดูราแยกออกจากผนังกะโหลกด้านใน มีหลอดเลือดฉีกขาดและมีเลือดมาข้าง การมีก้อนเลือดระหว่างชั้นเยื่อหุ้มสมองดูราและอแรคนอยด์ (subdural hematoma) เกิดจากแรงที่กระแทกศีรษะทำให้หลอดเลือดบนผิวสมองฉีกขาด

อาการและอาการแสดง เมื่อพยาธิสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เป็นภาวะคุกคามเมื่อเกิดโรคทางระบบประสาท อาการและอาการแสดงที่เป็นการบ่งบอกว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะวิกฤต ได้แก่ อาการการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (neurological signs) การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาทั้งขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา อาการปวดศีรษะ อาเจียนจะเป็นแบบอาเจียนพุ่ง (projectile vomiting) การเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพ ในระยะแรกของภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ความดันโลหิตและชีพจรจะยังคงเป็นปกติ แต่ต่อมาเมื่อก้านสมองถูกรบกวน จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต โดยการที่เป็นปฏิกิริยาการขาดเลือด ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่ vasomotor center ในเมดัลลาขาดเลือด ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น เพื่อทำให้ความดันโลหิตมีค่ามากกว่าความดันในโพรงกะโหลก จึงจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้

การประเมินอาการทางระบบประสาท

1. การวัดระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) ระดับความรู้สึกตัว จะเป็นตัวบอกได้ว่าพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด สามารถทำลายหน้าที่ศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวได้มากหรือน้อย จึงนิยมการใช้เกณฑ์ของกลาสโกว์ (glasgow coma scale : GCS) มาเป็นเครื่องวัด ซึ่งเกณฑ์ของกลาสโกว์นี้ หลักสำคัญคือ วัดจากระดับที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยทำได้ 3 อย่างรวมกัน คือการลืมตา การใช้การเคลื่อนไหวได้ตอบ การใช้ภาษาได้ตอบ

2. อาการแสดงเฉพาะที่ทางระบบประสาท (focal neurological signs) ลักษณะของรูม่านตา (pupils) ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาที่มีต่อแสงสว่าง การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตา การเคลื่อนไหวของแขนขา (motor power) ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของ แขนขา

การวินิจฉัยโรค การซักประวัติการบาดเจ็บอย่างรวดเร็วจากผู้ป่วยญาติ หรือผู้พบเห็น เหตุการณ์เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดการบาดเจ็บ ลักษณะของการเกิดการบาดเจ็บ การหมดสติลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และอาการอื่นๆ เช่น อาการชาของแขนขา ปวดศีรษะ อาเจียน ตาพร่ามัวและการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางระบบประสาท เช่น การตรวจ

ประสาทสมอง ระบบการเคลื่อนไหว ระบบรับรู้ความรู้สึก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี เพื่อตรวจวินิจฉัยตำแหน่งของการบาดเจ็บภายในโพรงกะโหลกก่อนให้การรักษารักษาขั้นต่อไป การตรวจทางรังสีที่จำเป็น และช่วยในการตรวจวินิจฉัย ได้แก่ การถ่ายภาพกะโหลกศีรษะ การถ่ายภาพรังสีปอด การถ่ายภาพกระดูกสันหลัง ส่วนคอ การถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ การตรวจสมองโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

การรักษา แบ่งออกได้ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะแรก เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของศีรษะและสมอง อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ กัน เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ ตกจากที่สูง หรือถูกทำร้ายร่างกาย ผู้ป่วยอาจมีบาดเจ็บอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น บาดเจ็บของทรวงอก ช่องท้อง แขน ขา หรือกระดูกสันหลัง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ จึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยทุกๆ ส่วน เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดจะเป็นผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลตั้งแต่อยู่ในสถานที่ที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรวดเร็วที่สุด เช่น ระบบหายใจ จำเป็นอย่างยิ่งต้องให้ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอ ความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของสมองอย่างเดียว มักไม่ค่อยพบมีความดันโลหิตต่ำ แต่พบความดันโลหิตต่ำได้ในผู้ที่มีการเสียเลือดที่เกิดจากบาดเจ็บส่วนอื่นๆ ของร่างกายถ้าความดันโลหิตต่ำจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ซึ่งเป็นผลให้สมองขาดเลือด สมองบวมและผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. การผ่าตัด สำหรับการรักษาที่เป็นการผ่าตัดนั้น โดยมากแล้วการทำผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดกะโหลกศีรษะออกเป็นแผ่น (craniotomy) การแกะกระดูกออกทีละน้อยแล้วปล่อยให้ไขว้ไม่มีกะโหลกกลับไปปิด (craniectomy) การทำผ่าตัดโดยการเจาะรูผ่านกะโหลกเข้าไปในชั้นเยื่อหุ้มแล้วล้างเอาเลือดที่ขังอยู่ออก (Burr hole) และการทำผ่าตัดโดยการช่วยให้มีทางระบายน้ำไขสันหลัง ซึ่งเป็นการระบายออกมาสู่ภายนอก เรียกว่า เวนทริคูลอสโตมี (ventriculostomy drainage) หรือเป็นการระบายน้ำไขสันหลังเข้าสู่ช่องท้อง (ventriculo-peritoneal shunt) หรือระบายเข้าสู่หลอดเลือด (ventriculo-atrial shunt) ทั้งนี้เพื่อลดการคั่งของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังที่ทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

การพยาบาล แบ่งเป็นการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล สนทนาปราศรัยกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะทำให้ทราบปัญหาต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวล วางแผนร่วมมือกับแพทย์ในการให้ข้อมูลและเหตุผลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาและการพยากรณ์โรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด

2. การเตรียมร่างกาย เตรียมบริเวณผ่าตัด การงดอาหารและน้ำทางปาก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด การใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อใช้เป็นตัววัดจำนวนปัสสาวะขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ติดตามผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสี ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท หากมีอาการและอาการแสดงของการมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงต้องรีบรายงานแพทย์

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผล ในผู้ป่วยที่มีท่อระบาย (redivac drain) ดูแลให้มีการระบายโดยสะดวกไม่ให้เกิดการหักพับ งอ ของท่อระบาย ดูแลให้ระบบเป็นสุญญากาศอยู่เสมอ การระบายที่ไม่สะดวกอาจทำให้อ่อนเลือดกั่งค้าง ทำให้มีอาการปวดศีรษะจากภาวะแรงดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด craniectomy ห้ามใช้ผ้ายืด (elastic bandage) พันรอบศีรษะเพราะจะทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่ทำการผ่าตัด เพราะจะมีแรงกดทับแผลทำให้ปวดแผลได้ ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การวัดสัญญาณชีพ การพลิกตะแคงตัว การดูแลแผล ไม่รบกวนผู้ป่วยตลอดเวลา พยายามทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาเดียวกัน

2. การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง โดยเพิ่มการไหลกลับของหลอดเลือดดำ โดยดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ศีรษะของผู้ป่วยไม่หักพับ หลีกเลี่ยงการเพิ่มความดันในทรวงอก เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด แรงดันบวก ดูแลให้การระบายอากาศของปอดเป็นไปได้ดี หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันช่องท้อง โดยไม่เบ่งอุจจาระ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระบบประสาท รักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ ป้องกันการเกิดอาการชัก ให้อาบน้ำป้องกันอาการชักตามแผนการรักษา

3. การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคงภาวะสมดุลของน้ำและ electrolyte ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง หากมีจำนวนมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและค่าความถ่วงจำเพาะน้อยกว่า 1.005 แสดงถึงการเกิดภาวะเบาจืดต้องรีบรายงานแพทย์ ประเมินภาวะขาดน้ำ ติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) ค่าความเข้มข้นของซีรัม หากผิดปกติรายงานแพทย์

4. การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อ การดูแลแผลผ่าตัด ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น ปวด บวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งเป็นหนอง สังเกตและบันทึกลักษณะ สี และปริมาณสิ่งคัดหลั่ง

5. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา แนะนำระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่ เวลาใดบ้างที่เจ้าหน้าที่ต้องการทำงานอย่างอิสระเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย เวลาใดอนุญาตเยี่ยมได้ อธิบายอุปกรณ์ต่างๆ รอบตัวผู้ป่วยกับญาติ ใกล้เคียงใจ เพื่อให้เข้าใจต่อประโยชน์ของอุปกรณ์นั้นๆ เปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยซักถามและรับฟังด้วยความสนใจ เกี่ยวกับสภาวะร่างกาย อารมณ์และความก้าวหน้าของการรักษา

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี สถานภาพโสด รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2552 เวลา 22.30 น. อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล เนื่องจาก 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขับมอเตอร์ไซด์ล้ม ไม่ทราบประวัติว่าสลบหรือไม่ มีเลือดออกที่หูซ้าย จมูก 2 ข้าง ระดับความรู้สึกตัว ($E_1V_1M_3$) ไม่ลืมตา (E_1) ไม่ออกเสียง (V_1) ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (M_3) รูม่านตา 2 ข้าง มีขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง เท่ากัน 2 ข้าง ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบมีภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ แพทย์ให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะออก ในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2552 เวลา 00.15 น. หลังผ่าตัดย้ายผู้ป่วยเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก แรกรับเวลา 02.40 น. ระดับความรู้สึกตัว (E_1) ใส่ท่อช่วยหายใจ (V_T) ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (M_3) รูม่านตา 2 ข้าง มีขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง แขนขาข้างขวาอ่อนแรงมาก แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ มีสายระบายเลือด 1 เส้น ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก งดน้ำ งดอาหารทางปากทุกชนิด ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สวมคาสาขสวนปัสสาวะไว้ หลังการผ่าตัดได้วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ คือ อาจเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำ และ electrolyte ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติมีความวิตกกังวลต่อสภาพการเจ็บป่วย หลังได้รับการรักษาพยาบาลที่อภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 2 วัน ปัญหาทางการพยาบาลทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ รู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี ไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงใดๆ ย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้ในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2552 ไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 4 มีนาคม 2552 รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 18 วัน และนัดมาตรวจติดตามผลการรักษาในวันที่ 10 มีนาคม 2552 เวลา 08.30 น. ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาคั่นคว่าตำราเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลก หลังผ่าตัดและทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

2. กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ก่อนมาโรงพยาบาล 40 นาที ขับมอเตอร์ไซด์ล้ม ไม่ทราบประวัติว่าสลบหรือไม่ มีเลือดออกที่หูซ้าย จมูก 2 ข้าง ระดับความรู้สึกตัว ($E_1V_1M_3$) ไม่ลืมตา (E_1) ไม่ออกเสียง (V_1) ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (M_3) รูม่านตา 2 ข้าง มีขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ และตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

สมอง พบมีภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ แพทย์ให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะออกและพักรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

3. นำข้อมูลกรณีศึกษา ที่รวบรวมได้มาจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการและนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี เลขที่ภายนอก 52713/51 เลขที่ภายใน 3032/52 รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2552 เวลา 22.30 น. ด้วยอาการสำคัญ 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขับมอเตอร์ไซด์ล้ม ไม่ทราบประวัติว่าสลบหรือไม่ มีเลือดออกที่หูซ้าย จมูก 2 ข้าง ปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยาแพ้อาหาร ตรวจร่างกายและสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/100 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัว ($E_1V_1M_3$) ไม่ลืมตา (E_1) ไม่ออกเสียง (V_1) ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (M_3) รูม่านตา 2 ข้าง มีขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจและส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบมีภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะส่วนเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดิวราซีกซ้าย แพทย์ให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะออก ให้เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, electrolyte, PT, PTT, INR, Anti-HIV และตรวจทางรังสีทรวงอก และช่องเชิงกราน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ผลการส่งเลือดตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจทางรังสีทรวงอกและช่องเชิงกรานปกติ และแพทย์ให้ยา manital 250 มิลลิกรัม ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเวลา 00.15 น. แพทย์ทำผ่าตัด craniotomy with remove clot ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 25 นาที เสียเลือดขณะทำผ่าตัด 800 มิลลิกรัม ได้รับ PRC 2 Unit ประมาณ 480 มิลลิกรัม ได้สารน้ำทั้งหมด 2,000 มิลลิกรัม ปัสสาวะออก 550 มิลลิกรัม หลังผ่าตัดย้ายเข้าผู้ป่วยหออภิบาลผู้ป่วยหนักในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 เวลา 02.40 น. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ แผลผ่าตัดปิดพลาสติกไว้ ใส่สายระบายเยื่อและสิ่งคัดหลั่งจากแผลต่อลงขวดระบายสุญญากาศ (radivac drain) 1 เส้น มีสารคัดหลั่งเป็นเลือดสีแดงคล้ำ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัว ($E_1V_1M_3$) ไม่ลืมตา (E_1) ไม่ออกเสียงใส่ท่อช่วยหายใจ (V_1) ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (M_3) รูม่านตา 2 ข้าง มีขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง แขนขาขวาอ่อนแรงมาก ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1,000 มิลลิกรัมในอัตรา 80 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง คาสายสวนปัสสาวะ ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีค่าโพแทสเซียมต่ำ (potassium) เท่ากับ 3.33 mmol/l

แพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสมโพแทสเซียมคลอไรด์ 40 mEq อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง และยากันชัก dilantin 100 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากหลังผ่าตัด craniotomy with remove clot วันแรก ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม โดยประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยเป็นระยะๆ พร้อมทั้งสังเกตระดับความรู้สึกตัว พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง จนสัญญาณชีพคงที่ประเมินและบันทึกขนาดของรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง ตลอดจนปฏิกิริยาที่มีต่อแสงสว่าง ทุก 15 นาที ประเมินระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวแขน ขา และกำลังของกล้ามเนื้อ ทั้ง 2 ข้าง จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยลดการไหลกลับของหลอดเลือดดำในสมอง และช่วยลดความดันในกะโหลกศีรษะ ดูแลสายระบายสัญญาณจากแผลผ่าตัดไม่ให้พับ หัก งอ หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง เวลา 12.00 น. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัว ($E_4V_1M_0$) ถืมตา (E_4) ไม่ออกเสียงใส่ท่อช่วยหายใจ (V_T) ทำตามคำบอก (M_0) รูม่านตา 2 ข้าง มีขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง แพทย์ถอดท่อช่วยหายใจและให้ใส่หน้ากากออกซิเจน อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที แพทย์ถอดสายระบายสัญญาณจากแผลผ่าตัด หลังจากถอดสายระบายแผลไม่มีเลือดซึม สวนคาสาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออกดี ผู้ป่วยได้สารน้ำเข้าร่างกาย 4,870 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 5,420 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมง (รวมขณะอยู่ในห้องผ่าตัดด้วย)

ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ผลการตรวจทางเคมีคลินิก พบค่าโพแทสเซียมต่ำ 3.33 mmol/l ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสมโพแทสเซียมคลอไรด์ 40 mEq ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย สังเกตการเต้นของหัวใจจากเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะแขนขาอ่อนแรงเพิ่มจากเดิม อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 84 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการคลื่นไส้ หรืออาเจียน ผลการตรวจทางเคมีคลินิก วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 เวลา 06.00 น. พบค่าโพแทสเซียมต่ำ 3.48 mmol/l จึงต้องสังเกตอาการต่อ

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และได้รับการสวนคาสาสายสวนปัสสาวะ ให้การพยาบาลตามหลัก Aseptic technique สังเกตสารคัดหลั่งจาก

แผลผ่าตัดที่ศีรษะ ประเมินตำแหน่งที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อน ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุกวัน เช้า – เย็น ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ ในระหว่างให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดที่ศีรษะไม่มีสารคัดหลั่งซึม บริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่มีปวด บวม แดง ร้อน ปัสสาวะไม่มีตะกอนขุ่น ผล CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยรู้สึกตัว ($E_4V_4M_0$) ลืมตา (E_4) พูดคุยได้แต่สับสน (V_4) ทำตามคำสั่ง (M_0) รูม่านตา 2 ข้าง มีขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง แขนขาขวาอ่อนแรงมาก หายใจได้เองใส่ออกซิเจน canular อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยยังจมน้ำและอาหารทางปาก ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสมโพแทสเซียมคลอไรด์ 40 mEq ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยังไม่มีคำสั่งการรักษาให้ส่งตรวจทางเคมีคลินิกซ้ำ ผู้ป่วยคาสาขสวณ ปัสสาวะ ปัสสาวะออกดี สารน้ำเข้าร่างกาย 2,340 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 3,980 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมง อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 170/100 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลเนื่องจากกล้ามเนื้อถูกทำลายจากการผ่าตัด pain scale 7-8 คะแนน ความดันโลหิต 170/100 มิลลิเมตรปรอท ให้การพยาบาลเพื่อความสุขสบายและลดอาการปวดแผล พิจารณาให้ยาแก้ปวด tramal 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลา 03.00 น. ดูแลความสุขสบายทั่วไป พูดคุยให้กำลังใจและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ 7 ชั่วโมง ระดับความปวดลดลง pain scale 4

วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ($E_4V_4M_0$) ลืมตา (E_4) พูดคุยได้แต่สับสน (V_4) ทำตามคำสั่ง (M_0) รูม่านตา 2 ข้าง มีขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง แขนขาขวาอ่อนแรงมาก หายใจได้เองใส่ออกซิเจน canular อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที แพทย์เปลี่ยนยาลดปวดเป็นชนิดรับประทานทางปาก คือ paracetamol 500 มิลลิกรัม 2 เม็ด เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 5% D₅N/2 มิลลิลิตร 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สวณคาสาขสวณปัสสาวะ ปัสสาวะออกดี สารน้ำเข้าร่างกาย 2,400 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 2,100 มิลลิลิตร ใน 16 ชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อนแล้ว จากการซักถามผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ดี ไม่มีสำลัก ไม่มีอาการอึดแน่นท้อง ยังมีอาการปวดแผล pain scale 3-4 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 180/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้ย้ายออกไปพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการย้ายออกไปศึกษาญาติ บอกว่าที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าที่

หอผู้ป่วยสามัญให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการรักษา เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตต้องย้ายไปฟื้นฟูต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ ที่หอผู้ป่วยสามัญจะมีแพทย์และพยาบาลที่คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และให้การพยาบาลรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถเช่นเดียวกับที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล พร้อมทั้งแนะนำให้ญาติมาช่วยทำกายภาพให้ผู้ป่วยโดยญาติผู้ป่วยเพื่อสอนการทำกายภาพ โดยนักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สิ้นน้ำสลดชื่นชื่น ย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 เวลา 14.00 น.

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกหลังผ่าตัด craniotomy with remove clot เข้าพักรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นระยะเวลา 2 วัน ได้ให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษา ปัญหาเหล่านี้ได้รับการแก้ไขแล้ว ส่วนปัญหาผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ และภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ได้ประสานงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายเพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องต่อไป

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. นำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกหลังผ่าตัด craniotomy with remove clot และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นๆ
2. เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ ของพยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีพยาธิสภาพของโรคที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ หลังการผ่าตัด ยังมีอาการปวดศีรษะสับสน ทำให้ยากต่อการสื่อสารและสอนเรื่องการปฏิบัติตัว การให้การพยาบาลในแต่ละครั้งต้องใช้เวลามากเพื่อพูดคุยกับผู้ป่วย สอนและอธิบายหลายๆ ครั้งในเรื่องเดิม
2. เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่มีครอบครัว และญาติต้องทำงานประจำ อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสุขภาพหลังผ่าตัดมีความล่าช้า เนื่องจากขาดผู้ดูแลช่วยทำกายภาพ จึงต้องประสานงานกับหอผู้ป่วยให้เน้นเรื่องการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำคู่มือในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในการพยาบาลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ

3. สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะมักเกิดจากอุบัติเหตุทางจราจร ควรปลูกจิตสำนึกให้ผู้ขับขี่ป้องกันตนเองโดยการสวมหมวกนิรภัย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... 18กสผี นมสสข

(นางเขมาสินี วรรณเสน)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 18 / ตุลาคม / 2554

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางนันทวัน จาตุรัตน์วิชัย)

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลตากสิน

วันที่..... 18 / ตุลาคม / 2554

ลงชื่อ.....

(นางเลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง)

ตำแหน่งรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลตากสิน

วันที่..... 18 / ตุลาคม / 2554

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานในช่วงเวลา

- 1 มกราคม พ.ศ. 2550 – 5 มิถุนายน พ.ศ. 2551 คือ นายสมพงษ์ วงศ์ปัญญาถาวร ปัจจุบันได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ผู้ตรวจราชการกรุงเทพมหานคร
- 6 มิถุนายน พ.ศ. 2551 – 15 มีนาคม พ.ศ. 2552 คือ นายพิชญา นาควัชระ ปัจจุบันได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของนางเขมาลีณี วรรณแสน

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 201) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์

เรื่อง การเพิ่มความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยการจัดทำคู่มือไว้ประจำเตียงผู้ป่วย

หลักการและเหตุผล

จากการทบทวนสถิติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ปีงบประมาณ 2553 พบว่าในหอบำบัดผู้ป่วยหนักมีผู้ป่วยที่มีการใช้ยาจำนวนมากในแต่ละราย และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีความสำคัญในการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการติดตามภาวะ adverse drug reaction (ADR) พร้อมทั้งบันทึกความก้าวหน้าของ ADR และการบันทึกการพยาบาลอย่างละเอียดและต่อเนื่อง ซึ่ง WHO ได้นิยามความหมายของ ADR คือการตอบสนองใดๆ ต่อยาที่เป็นอันตรายและไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น ในการใช้ยานานตามปกติ โดยไม่รวมถึงการได้รับยาเกินขนาด หรือการจงใจใช้ยาในทางที่ผิดจนเกิดอันตราย ซึ่งทางคณะกรรมการยาได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงได้จัดทำโครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และสามารถประสานงานกับแพทย์และเภสัชกรเมื่อสงสัยว่าเกิด ADR ได้

การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วย มีบทบาทมากในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของชีวิต สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวออกไป ในปัจจุบันจึงได้มีการตระหนักถึงการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง เริ่มตั้งแต่การเตรียมยาให้พร้อมที่จะใช้ในการรักษาพยาบาล การดูแลและจัดเก็บในสถานที่เหมาะสม การตรวจสอบคุณภาพของยาอย่างสม่ำเสมอ การประเมินผลการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจากยาที่มีความเสี่ยงสูง อันจะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลดีจากการรักษามากที่สุด และเนื่องจากโรงพยาบาลตากสิน มีผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยวิกฤต ที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาโดยการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ในขณะที่หอบำบัดผู้ป่วยหนัก มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 22 คน มีทักษะ และประสบการณ์ การทำงานแตกต่างกัน ในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในการรักษาผู้ป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และผลอันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วยได้ จึงเล็งเห็นความสำคัญของการจัดทำคู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตากสิน ขึ้นมาเพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน มีคู่มือในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงเป็นไปในทางเดียวกัน และช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อจัดระบบการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในหออภิบาลผู้ป่วยหนักให้มีประสิทธิภาพ และสามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อให้บุคลากรในหอผู้ป่วยหนักมีความรู้เรื่อง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม ตลอดจนสามารถบันทึกเวชระเบียนได้ครบถ้วนสมบูรณ์

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs) หมายถึง ยาที่เสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตราย หรือผลเสียต่อผู้ป่วยที่รุนแรง ถ้าหากมีความผิดพลาดในการสั่งใช้ยา คัดลอกคำสั่งใช้ยา จ่ายยา หรือการให้ยา โดยมีแนวทางปฏิบัติเมื่อมีการสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงดังนี้

1. การสั่งใช้ยาโดยแพทย์
 - 1.1 เขียนคำสั่งใช้ยาอย่างครบถ้วน และชัดเจน เช่นระบุความแรง วิธีทางให้ยา และความถี่ของการให้ยา
 - 1.2 หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล
 - 1.3 หลีกเลี่ยงการสั่งจ่ายยาโดยวาจาหรือทางโทรศัพท์ ถ้าจำเป็นให้ตรวจสอบและคำสั่งใช้ยานั้นทันทีที่สามารถทำได้
2. การคัดลอกคำสั่งใช้ยา
 - 2.1 ทบทวนคำสั่งใช้ยาให้เข้าใจทั้งชื่อยา ขนาดยา และวิธีการให้ยา หากไม่ชัดเจนควรติดต่อแพทย์ผู้เขียนคำสั่งโดยตรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ก่อนลอกคำสั่งลงในการ์ดยา
 - 2.2 คัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในใบสั่งยาให้ครบถ้วนทั้งชื่อยา ขนาดยา และวิธีการให้ยา โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล
3. การตรวจสอบยา และการจ่ายยา
 - 3.1 ตรวจสอบความถูกต้องทั้งชื่อผู้ป่วย ชนิดยา ขนาดยา และวิธีการให้ยา อย่างน้อย 2 ครั้ง ก่อนจ่ายยา หากไม่ชัดเจนให้ติดต่อกลับไปหผู้ป่วย หรือแพทย์ผู้สั่งใช้ยาโดยตรง
 - 3.2 ตรวจสอบวันหมดอายุของยา
 - 3.3 ตรวจสอบความถูกต้องของการเตรียมยา เช่น การใช้ตัวทำละลายที่เหมาะสมในกรณีที่ต้องละลายหรือเจือจางยา
 - 3.4 หลีกเลี่ยงการรับคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ โดยคำสั่งใช้ยาต้องเป็นลายลักษณ์อักษร
4. การให้ยา
 - 4.1 จัดเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์

4.2 ให้อย่างถูกต้องตามหลัก 6 R คือ ถูกต้องตามชนิดของยา ถูกต้องตามขนาดยา ถูกต้องตามวิถีทาง ถูกต้องตามเวลา ถูกต้องตามผู้ป่วย และการบันทึกการให้ยาถูกต้อง

4.3 ประเมินผลการตอบสนองของยานั้น และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หากเกิดขึ้นให้รายงานแพทย์ และแจ้งให้เภสัชกรทราบ

5. การเก็บรักษา

5.1 เก็บรักษายาให้เหมาะสมกับชนิดของยา เช่น ยาที่ต้องแช่เย็นเก็บในตู้เย็น ยากันแสงต้องเก็บในซองสีชา หรืออยู่ในภาชนะบรรจุที่ป้องกันแสง

5.2 ควรแยกยากุ่มนี้ไว้ห่างกับยาที่มีรูปลักษณะภายนอกของภาชนะบรรจุที่คล้ายคลึงกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจ่าย/เตรียมยา

5.3 ติด Sticker สีแดงที่ภาชนะที่เก็บยา เพื่อให้ชัดเจน และเพิ่มความระวังในการใช้ยามากขึ้น

ยาแต่ละชนิดมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นได้ทั้งผู้ป่วยที่ใช้ยาในขนาดปกติและถูกต้องตามหลักการ ซึ่งมี 2 ลักษณะคือ อาการข้างเคียง (side effect) นั่นคือ อาการที่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้น โดยสามารถอธิบายสาเหตุได้ตามหลักเภสัชวิทยา อาการแพ้ยา (drug allergy) เป็นอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อต้านยาโดยแสดงอาการแพ้ออกมา ที่พบบ่อยคืออาการทางผิวหนัง เช่น ผื่น ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่สามารถคาดเดาว่าจะเกิดขึ้นและไม่สามารถอธิบายโดยหลักเภสัชวิทยา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจ ในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วย จึงได้นำข้อมูลที่รวบรวมมา และนำเสนอการจัดทำแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงดังนั้นจึงจัดทำคู่มือประจำเตียงผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรของในหอผู้ป่วยหนักมีความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและสามารถประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ โดยมีการดำเนินการดังนี้

วิธีการดำเนินการ

1. วางแผนร่วมกับพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและเภสัชกรในการกำหนดการทำคู่มือ
2. จัดทำคู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งมีรายละเอียดของยาแต่ละชนิดเรียงตามอักษร
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับคู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
4. ทดลองใช้คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง เป็นระยะเวลา 1 เดือน
5. ประเมินการใช้คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง จากพยาบาลวิชาชีพในหอบำบัดผู้ป่วยหนัก

6. ปรับปรุงคู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ตามคำแนะนำเพื่อให้มีความสมบูรณ์และถูกต้อง
7. วางคู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ไว้ประจำทุกโต๊ะข้างเตียงผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และสามารถประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้
2. บุคลากรของหออภิบาลผู้ป่วยหนัก สามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับ ADR และ แนะนำให้จดจำชื่อยา กลุ่มยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และพบบัตรแพ้ยาติดตัวเสมอ แสดงบัตรทุกครั้งที่ได้รับการตรวจหรือรับยา
3. บุคลากรของหออภิบาลผู้ป่วยหนัก สามารถประสานงานกับแพทย์และเภสัชได้เมื่อมี ADR เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

บุคลากรพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงได้ถูกต้อง เพื่อสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction: ADR) ร้อยละ 90

ลงชื่อ นกน งามนงป
 (นางเขมาสินี วรรณเสน)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 18 / ตุลาคม 2554