

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์  
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันท่อระบายทรวงอกเลื่อนหลุด

เสนอโดย

นางสาวสุพัตรา คงปลอด

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.750)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1.ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง

2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน ตั้งแต่วันที่ 30 เมษายน 2553 ถึง วันที่ 4 พฤษภาคม 2553

3.ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคเนื้องอกในสมอง(brain tumor)เป็นโรคที่พบไม่บ่อยนักเมื่อเทียบกับเนื้องอกที่อวัยวะอื่นๆของร่างกาย แต่เมื่อเป็นแล้วมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิต เนื้องอกสมองแบ่งได้เป็น 2 ชนิด

1.เนื้องอกสมองแบบปฐมภูมิ(primary brain tumor) หมายถึง เนื้องอกสมองที่เจริญมาจากเนื้อเยื่อสมองเองซึ่งส่วนใหญ่ไม่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ เนื้องอกสมองแบบปฐมภูมิอาจแบ่งเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา(benign)และเนื้องอกชนิดร้ายแรงหรือมะเร็ง(malignant)ผู้ป่วยมักมีอัตราการตายสูง เนื่องจากเนื้องอกเจริญอยู่ในช่องกะโหลก ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นและสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

2.เนื้องอกสมองแบบทุติยภูมิ(secondary brain tumor หรือ metastatic brain tumor) หมายถึงเนื้องอกที่แพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่นๆ

ศรวิวิทยา เนื้องอกในสมองจะมีลักษณะแตกต่างจากเนื้องอกที่เกิดในระบบอื่นๆของร่างกาย คือ

1.ก้อนเนื้องอกจะมีการเจริญเติบโต ถูกตามเฉพาะที่ไปเบียดสมองที่ปกติและหลอดเลือด จะทำให้เกิดอาการที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและเสียชีวิตได้ ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่เกิดเนื้องอกในสมองจนกระทั่งระยะสุดท้ายของโรคเป็นลักษณะเด่นของเนื้องอกในสมอง

2.ลักษณะสำคัญทางกายวิภาคที่พบเนื้องอกของสมองอยู่เฉพาะในกะโหลกศีรษะ คือในเนื้อสมอง ไม่มีหลอดเลือด จึงไม่มีการกระจายในระบบน้ำเหลือง

3.การกระจายของเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นได้วิธีเดียวคือ การฝังตัวและหลุดกระจายของเซลล์มะเร็งไปตามระบบไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง และไขสันหลัง

เนื้องอกในสมองเป็นก้อนเนื้อที่มีการขยายตัวใหญ่ขึ้น จึงมีผลต่อสมองเนื่องจากการเพิ่มความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะ เมื่อความดันในสมองบริเวณที่มีก้อนเนื้องอกเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันในเส้นเลือดฝอยเพิ่มขึ้น เกิดการรั่วของพลาสมาในช่องน้ำนอกเซลล์มากขึ้นและจะมีการดึงน้ำตามไปด้วย จะเกิดการเปลี่ยนแปลงสมดุลของไอออนในเส้นประสาท ความดันในสมองที่เพิ่มขึ้นจะถูกถ่ายเทไปที่

เส้นประสาทตา ทำให้เลือดดำจากจอรับภาพในตาไหลเวียนลำบาก เกิดการบวมของจอประสาทตา

(papilledema) ผู้ป่วยอาจมีอาการตามัว ปวดศีรษะ อาเจียน บุคลิกภาพเปลี่ยน รู้สึกตลึง นอกจากนั้นความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนที่ของสมองไปยังส่วนของสมองที่มีความดันต่ำกว่า ถ้าสมองเคลื่อนไปอุดทางเดินของน้ำไขสันหลัง ยังทำให้ความดันในสมองเพิ่มมากขึ้น จะมีเลือดคั่งในหลอดเลือดดำ และมีการสะสมของคาร์บอนไดออกไซด์ในศูนย์บังคับเลือด หลอดเลือดจะมีการขยายใหญ่เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น จึงตรวจพบความดันโลหิตสูง ชีพจรช้า

สาเหตุการเกิดเนื้องอกสมอง ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบว่าเนื้องอกสมองแบบปฐมภูมิมีความเกี่ยวข้องกับสภาวะ ดังนี้

1. โรคทางพันธุกรรมบางชนิด เช่น multiple endocrine neoplasia type 1 ซึ่งเป็นโรคที่มีเนื้องอกหลายๆที่ในต่อมไร้ท่อ จะเกี่ยวข้องกับเนื้องอกต่อมใต้สมอง

2. สารเคมี ที่มีรายงานว่าส่งผลให้เกิดเนื้องอกสมอง ได้แก่ Vinyl chloride เป็นสารที่ใช้ในอุตสาหกรรมพลาสติกหลายประเภทและ N-nitroso compound ที่พบในอาหารประเภท บิง ย่าง บุหรี่และเครื่องสำอางบางชนิด

3. การฉายรังสีขนาดต่ำเพื่อการรักษาโรคบริเวณศีรษะและลำคอ พบว่ามีอัตราการเป็นเนื้องอกสมองในเวลาต่อมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ทั้งนี้ไม่รวมการฉายรังสีเพื่อการวินิจฉัย

อาการแสดงของเนื้องอกในสมอง เนื่องจากเนื้องอกสมองเกิดภายในกะโหลกศีรษะซึ่งมีพื้นที่จำกัด จึงทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น นอกจากนี้อาการของเนื้องอกสมองยังขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอกที่เกิดขึ้นด้วย อาการที่พบบ่อยได้แก่ ปวดศีรษะมาก มักเป็นตอนกลางคืน หรือตอนเช้า ปวดศีรษะร่วมกับอาเจียนพุ่ง หรือปวดศีรษะร่วมกับอาการผิดปกติอื่นๆ ทางระบบประสาทเช่น อาการชัก โดยเฉพาะการชักครั้งแรกในผู้ใหญ่ที่ไม่ได้มีพยาธิสภาพทางสมองมาก่อนหรือไม่เคยมีประวัติการชัก อาการอ่อนแรงครึ่งซีก เดินเซ ทรงตัวลำบาก สับสนพฤติกรรมเปลี่ยน ตามัว

การตรวจวินิจฉัยโรค ต้องอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดเนื่องจากอาการแต่ละอย่างอาจจะเกิดจากโรคอื่นๆได้และยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจทางรังสี ดังนี้

1. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(computed tomography หรือ CT scan)เป็นการตรวจทางรังสีที่ทำเป็นอันดับแรกๆ ในการวินิจฉัยเนื้องอกสมอง

2. การตรวจคลื่นแม่เหล็ก(magnetic resonance imagine หรือ MRI)เป็นการตรวจที่เห็นภาพเนื้อสมองได้ชัดเจนกว่า CT เช่น บริเวณก้านสมอง หรือบริเวณสมองน้อย

การรักษาเนื้องอกสมอง วิธีการรักษาในปัจจุบัน มีดังนี้

1. การผ่าตัด นอกจากจะเป็นการรักษาแล้วยังเป็นการวินิจฉัยอีกด้วย เนื่องจากการผ่าตัดจะได้ชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อจะได้ทราบชนิดของเนื้องอก การผ่าตัดมีดังนี้

1.1 craniotomy เป็นการผ่าตัดเนื้องอกสมองโดยการเปิดกะโหลก เปิดเยื่อหุ้มสมอง เลาะเอาเนื้องอกออก ใส่กะโหลกกลับคืนและเย็บหนังศีรษะ อาจเอาออกได้ทั้งหมดหรือบางส่วน ขึ้นอยู่กับเนื้องอกอยู่ลึกหรือไม่ และใกล้กับส่วนที่สำคัญของสมองมากน้อยเพียงใด

1.2 biopsy เป็นการผ่าตัดเพื่อเอาเนื้องอกออกเพียงเล็กน้อย เพื่อนำไปตรวจวินิจฉัย

1.3 stereotactic biopsy เป็นการ biopsy โดยใช้เครื่องมือพิเศษเพื่อบอกตำแหน่งของเนื้องอกและเจาะรูที่กะโหลกศีรษะ โดยไม่ต้องเปิดกะโหลกศีรษะกว้าง

2. การฉายรังสีหรือการฉายแสง ส่วนใหญ่จะใช้เมื่อการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกได้ไม่หมด หรือใช้เสริมกับการผ่าตัดเพื่อกำจัดเนื้องอกที่ยังหลงเหลือ

3. การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) เนื่องจากกลไกของร่างกายทำให้ยาส่วนใหญ่ผ่านเข้าสมองได้น้อย มักใช้เป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัดและการฉายแสง

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง

1. การพยาบาลก่อนผ่าตัด การเตรียมร่างกายผู้ป่วย ได้แก่ งดน้ำและอาหารทุกชนิดเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอดและ โกลนสิริษะเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด การถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ ใส່สายสวนปัสสาวะ ใส່สายระบายสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดและการให้ยากันชักตามแผนการรักษา บันทึกสัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ระดับความรู้สึกตัว ขนาดของรูม่านตาและการมีปฏิกิริยาต่อแสง การเคลื่อนไหว กำลั๊งกล้ามเนื้อของแขน ขา

การเตรียมทางด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

2. การพยาบาลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมองต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะมีเลือดออกหลังการผ่าตัด ภาวะสมองบวม โดยบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว ขนาดของรูม่านตาและการมีปฏิกิริยาต่อแสง การเคลื่อนไหวและกำลั๊งกล้ามเนื้อของแขนขา ความบกพร่องของประสาทสมอง การวัดอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจและความดันโลหิต ดูแลให้ยาลดอาการสมองบวม จัดท่านอนศีรษะสูง 15 - 30 องศา การดูแลเกี่ยวกับแผลผ่าตัดและท่อระบายไม่ให้ หัก พับ งอ ให้ทำงานอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบปิด บันทึกปริมาณสารคัดหลั่งในขวดระบายสุญญากาศ การป้องกันภาวะสมองพร่องออกซิเจน ฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ให้ยา สารน้ำและสารอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายในแต่ละวัน ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลอิเล็กโทรไลต์ ปัสสาวะ ฮีมาโตคริต ดูแลบรรเทาอาการปวดแผล ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้การพยาบาล โดยยึดหลักการปลอดภัย ให้ยามาเชื้อตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองโดยขยับแขนขาบนเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

การดูแลทางด้านจิตสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถามต่างๆ ให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล พุดให้กำลังใจบ่อยๆ ให้ข้อมูลด้านอาการ อาการแสดง และแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเป็นระยะๆหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เน้นให้ญาติคอยให้กำลังใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

เภสัชวิทยา

Depakin 400 มิลลิกรัม ใช้ในการรักษาโรคลมชักแบบทั่วทั้งสมองหรือแบบเฉพาะส่วน สามารถใช้ร่วมกับยากันชักชนิดอื่นๆและป้องกันอาการกล้ามเนื้อในโรคไบโพลาร์

ขนาดของยา ในผู้ใหญ่ขนาดปกติให้วันละ 20-30 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม

ข้อห้าม ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาชนิดนี้และผู้ป่วยที่มีประวัติตับอักเสบทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง

Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ใช้การรักษาอาการบวม อักเสบ และบรรเทาอาการแพ้ต่างๆ

ขนาดของยา ใช้ฉีดเข้าเส้นเลือดดำในขนาด 4 มิลลิกรัม และ 8 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ขนาด 8-20 มิลลิกรัม ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค

ข้อห้าม ห้ามใช้ยานี้กับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรงสตรีมีครรภ์ใน 3 เดือนแรก โรคแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ โรคเบาหวาน วัณโรค

#### 4.สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

เนื้องอกที่สมองเป็นพยาธิสภาพที่สำคัญและอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิด เมื่อก่อนเนื้องอกขยายใหญ่ขึ้นเป็นสาเหตุให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด การรักษาเนื้องอกสมองวิธีที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอก ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมาก เพราะภายหลังการผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและอาจเกิดความรู้สึกที่จะตามมาได้ ดังนั้นทีมรักษาพยาบาลที่ต้องมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริม และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1.ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมอง จากผู้ป่วย เวชระเบียน ศึกษาความรู้วิชาการจากตำราเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา

2.เลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง โดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรค ซึ่งพบในหออภิบาลผู้ป่วยหนักสัลยกรรม โดยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงไทย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 24 เมษายน 2553 ถึง 8 พฤษภาคม 2553 ญาตินำผู้ป่วยมาส่งที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ประวัติว่า ปวดศีรษะมาก ปวดบริเวณขมับ ไม่ร้าวไปท้ายทอย ตามัวทั้ง 2 ข้าง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นบางครั้ง ไม่มีอาการชาบริเวณแขน ขา ชักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์สงสัยมีก้อนเนื้องอกในสมองจึงรับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง แพทย์ส่งผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและวินิจฉัยว่ามีก้อนเนื้องอกในสมอง และให้การรักษาโดยทำการผ่าตัด craniotomy to remove tumors หลังการผ่าตัดผู้ป่วยเข้ามารักษาต่อในหออภิบาลผู้ป่วยหนักสัลยกรรม

ได้ให้การพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์ประเมินว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต จึงย้ายผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพร่างกายที่หอผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง ได้ปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ

ร่างกายผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถเดินได้ดี แขน ขามีแรงดี เท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีอาการตามัว รับประทานอาหารได้ดี แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 8 พฤษภาคม 2553 เวลา 14.00น.รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอน โรงพยาบาลทั้งหมด 15 วันและมาตรวจตามนัดอีก 2 สัปดาห์

3.นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและถูกต้องของผลงาน

4.แก้ไขตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

5.นำเสนอผลงานตามลำดับต่อไป

### 5.ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

### 6.ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 52 ปี สถานภาพสมรสอยู่ อาชีพแม่บ้าน นักร้องศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร เลขที่ภายนอก 16350/53 เลขที่ภายใน 7910/53 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ตั้งแต่วันที่ 24 เมษายน 2553 เวลา 14.30 น. ญาตินำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามสั่งได้ แขน ขา มีแรงดี ตีหน้านิ้วก๊ว้มวด บ่นปวดศีรษะ คะแนนความปวด 7-8 (คะแนนปวดมากที่สุดเท่ากับ 10 และไม่มีอาการปวดเท่ากับ 0) ให้ประวัติการเจ็บป่วยว่า 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะมาก ปวดบริเวณขมับ ไม่ร้าวไปท้ายทอย ตามัวทั้ง 2 ข้าง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นบางครั้ง ไม่มีอาการชาบริเวณแขน ขา ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ผ่าตัดทำหมันเมื่อ 20 ปีก่อน ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกตัว ปกติ ผลการตรวจภูมิคุ้มกันวิทยา(Anti-HIV) ไม่พบการติดเชื้อ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วย ผลการตรวจ ปกติ แพทย์รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เวลา 15.50 น. แพทย์ส่งสัย มีก้อนเนื้อยกในสมองจึงให้ส่งผู้ป่วยทำถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์สมองแบบตัดสารทึบรังสี ผลพบว่า มีก้อนเนื้อยกในสมอง ขนาด 3.2x2.9x3.5 เซนติเมตร ตำแหน่ง left temporo-parietal lobe แพทย์วางแผนการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด craniotomy to remove tumor ในวันที่ 30 เมษายน 2553 เวลา 9.00 น. เตรียมตัวผู้ป่วยโดยการให้ งดน้ำ งดอาหาร ให้สารน้ำทดแทน 0.9% normal saline 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ในอัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

หลังการผ่าตัดย้ายผู้ป่วยมาหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เวลา 12.15 น.ประเมินผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก (E<sub>3</sub>) ทำตามคำสั่งได้(M<sub>6</sub>) ใส่ท่อช่วยหายใจ(V<sub>T</sub>) ม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสง เท่ากันทั้งสองข้าง คะแนนทางระบบประสาทได้เท่ากับ 9T แขน ขา มีแรงเท่ากันทั้งสองข้าง แผลผ่าตัดที่ศีรษะ ไม่มีเลือดซึม ต่อสายระบายเลือดแบบสุญญากาศ ดูแลไม่ให้สาย หัก พัน งอ มีปริมาณเลือดในขวด 100 มิลลิลิตร อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ผู้ป่วยมีปัญหาการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากหลังผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไปโดยวิธีการดมยาสลบ แพทย์จึงยังคงให้ใส่ท่อหลอดลมคอ เบอร์ 7.5 ถึง 22 เซนติเมตร ให้การพยาบาลโดยฟังเสียงลมเข้าปอดขณะบีบถุงลมปอดเทียบฟังได้เท่ากันทั้งสองข้าง ต่อท่อหลอดลมคอกับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรขณะหายใจเข้า ตั้งให้เครื่องช่วยควบคุมการหายใจทั้งหมด(control mandatory ventilation:CMV) ปริมาตรหายใจเข้า 500 มิลลิลิตรต่อครั้ง อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นออกซิเจนร้อยละ 40 วัดความอึดตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100 จัดทำนอนหงายศีรษะสูง 30 องศา

นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเอาเนื้องอกในสมองออกได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองบวมและภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ได้รับส่วนประกอบของเลือดทดแทน pack red cell 1 ถุง ปริมาณ 280 มิลลิลิตร ติดตามการตรวจฮีมาโตคริตได้ค่า 34.1 Vol % ติดตามปริมาณเลือดที่ออกในขวาระบายสูญญากาศและ ประเมินคะแนนทางระบบประสาท บันทึกสัญญาณชีพอย่างค่อเนื่อง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ยาต้านชัก Depakin 400 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ยาลดอาการสมองบวม Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีอาการชักเกร็ง

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดแสดงสีหน้าเจ็บปวด ประเมินคะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวด Paracetamal 1 amp 300 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกด้านซ้าย พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย จัดทำนอนที่ผู้ป่วยสุขสบายไม่กคหับแผล ดูแลสายระบายที่ศีรษะไม่ให้ หัก พัน งอ หลังให้ยาแก้ปวด 1 ชั่วโมงประเมินคะแนนความเจ็บปวดได้ 3 คะแนน ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

ระหว่างนั้นยังคงงดน้ำ งดอาหาร จึงมีโอกาสดีกภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในในร่างกาย วัดความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางได้ 8 เซนติเมตรน้ำ (ค่าปกติ 6-12 เซนติเมตรน้ำ) ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5% dextose Saline 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกในร่างกาย ค่อ 8 ชั่วโมงพบว่าน้ำเข้า 1180 มิลลิลิตร น้ำออก 960 มิลลิลิตร

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์หลายระบบและติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ขณะอยู่ในความดูแลได้ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อและให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก12 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่แสดงอาการติดเชื้อ

วันที่หนึ่งหลังผ่าตัด (1 พฤษภาคม 2553) เวลา 08.00 น. ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัว อ่อนเพลีย สื่อสารด้วยการพยักหน้า สายหน้า ประเมินคะแนนทางระบบประสาทเท่ากับ 10T ม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร และมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน แขน ขา มีแรง เท่ากันทั้ง 2 ข้างเวลา 10.00 น. อุณหภูมิของร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ18-22 ครั้งต่อนาที วัดความอึดตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 99-100 ความดันโลหิต 120/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยยังคงหายใจทางท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร โดยตั้งให้เครื่องช่วยควบคุมการหายใจทั้งหมด ผู้ป่วยหายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที วัดความอึดตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 99-100 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ

ผู้ป่วย ตรวจร่างกายและให้ปรับลดเครื่องช่วยหายใจ ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเอง วางแผนจะถอดท่อช่วยหายใจออก โดยตั้งเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรให้เครื่องช่วยหายใจบางส่วน (synchronize intermittent mandatory ventilation:SIMV) ความเข้มข้นออกซิเจนร้อยละ 40 ปริมาตรหายใจเข้า 500 มิลลิลิตรต่อครั้ง อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศในขณะที่ผู้ป่วยหายใจเข้า 10 เซนติเมตรน้ำ ตั้งความดันบวกในทางเดินหายใจขณะหายใจออก 3 เซนติเมตรน้ำ ประเมินอาการทางระบบประสาทร่วมกับการประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ดูแลเสมหะดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ปริมาณเสมหะเล็กน้อย สีขาว จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ภายหลังจากปรับลดเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจได้ดี ไม่หอบเหนื่อย วัดความอึดตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 99-100 ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ขณะหายใจออก 30-36 (ค่าปกติ 25-40) ชีพจร 64-70 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/70 ประเมินคะแนนทางระบบประสาทเท่ากับ 10T ม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัด คะแนนความปวด 3-4 คะแนน ดูแลให้ยาบรรเทาปวด Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม 2 เม็ด ทางสายยางให้อาหารทางงูมก จัดทำนอนไม่ให้กดทับแผลผ่าตัด อีก 1 ชั่วโมงประเมินอาการปวดทุเลา นอกจากนั้นประเมินปัญหาอาจเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด แผลที่ศีรษะไม่มีเลือดซึม ในขวาระบายสัญญาณชีพมีปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น 50 มิลลิลิตร เริ่มมีน้ำเลือดปน จัดสายระบายไม่ให้ หัก พับ งอ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจโลหิตวิทยา ซีโมโกลบิน 10.7 กรัม/เดซิลิตร (ค่าปกติ 11-16 กรัม/เดซิลิตร) ฮีมาโตคริต 34.1 Vol% (ค่าปกติ 35-47 Vol%) ระดับเม็ดเลือดขาว 16,010 เซลล์/ลูกบาศก์ มิลลิเมตร(ค่าปกติ 5,000-10,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) เกล็ดเลือด 260,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 140,000-450,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร)

ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกายเนื่องจาก ยังคง งดน้ำ งดอาหาร ยกเว้นยา ให้สารน้ำทดแทน 5 %dextrose saline 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอนปนปริมาตรในถุง 400 มิลลิลิตร ผลการตรวจทางเคมีคลินิก โซเดียม 140 mmol/l (ค่าปกติ 136 – 145 mmol/l) โพแทสเซียม 3.9 mmol/l (ค่าปกติ 3.5 – 5.1 mmol/l) กลูโคส 106 mmol/l (ค่าปกติ 100- 110 mmol/l) คาร์บอนไดออกไซด์ 24 mmol/l (ค่าปกติ 22 – 32 mmol/l)

วันที่สองหลังผ่าตัด (2 พฤษภาคม 2553) เวลา 09.00 น. ประเมินอาการทางระบบประสาทคะแนนเท่ากับ 10T ลิ้มตาได้เอง (E-) ทำตามคำสั่งได้ (M<sub>6</sub>) ใส่ท่อช่วยหายใจ (V<sub>+</sub>) ม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง แขน ขา มีแรงดีทั้ง 2 ข้าง แผลผ่าตัดที่ศีรษะไม่มีเลือดซึม สายระบายเลือดสัญญาณชีพทำงานได้ดีในขวคมีปริมาณเลือดปนน้ำเลือดเพิ่ม 30 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท วัดความอึดตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดดำปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100

ปัญหาการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ แพทย์ให้ปรับลดเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยหายใจเอง (continueous positive airway pressure :CPAP) ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 เพิ่มปริมาตรอากาศขณะหายใจเข้า



10 เซนติเมตรน้ำ ตั้งความดันบวกในทางเดินหายใจขณะออก 3 เซนติเมตรน้ำ ผู้ป่วยหายใจได้ดีไม่หอบเหนื่อย เวลา 13.00 น. ประเมินการหายใจของผู้ป่วย คุณดูแลเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่ง จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศาและถอดท่อช่วยหายใจออกด้วยความนุ่มนวล ใส่ออกซิเจน mask with bag อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและไอขับเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี อัตราการหายใจ 14-20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที วัดความอึดตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ร้อยละ 96-98 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ประเมินอาการทางระบบประสาทไม่เปลี่ยนแปลง เวลา 16.00 น. ผู้ป่วยหายใจได้เองดี เปลี่ยนจากออกซิเจน mask with bag เป็นออกซิเจน canular อัตราการไหลของออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 14-18 ครั้งต่อนาที วัดความอึดตัวของออกซิเจนทางหลอดเลือดแดงปลายนิ้วร้อยละ 96-98

ผู้ป่วยยังคง จดน้ำ งดอาหาร ยกเว้นยา ให้สารน้ำ ทดแทน 5% dextrose saline 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บันทึกสารน้ำเข้าและออกในร่างกายต่อ 8 ชั่วโมง พบว่าน้ำเข้า 620 มิลลิลิตร น้ำออก 480 มิลลิลิตร

วันที่สี่หลังผ่าตัด(4 พฤษภาคม 2553) เวลา 08.00 น.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนนทางระบบประสาทเท่ากับ 15 แขนและขาแข็งแรงเท่ากันทั้งสองข้าง แผลที่ศีรษะไม่มีเลือดซึม แพทย์ถอดสายระบายสุญญากาศออก ทำความสะอาดแผลผ่าตัด รอยเย็บแผลแห้งดีไม่มีอาการบวมแดง ให้ปิดแผลและไม่ต้องเปิดทำแผลซ้ำในวันต่อไป ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ เริ่มฝึกให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเบาๆ โดยขยับเหยียด งอ แขนและขา บนเตียง ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ประมาณ 2/3 ของถาด แพทย์ปรับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% normal saline 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และปรับยาชักเป็น Depakin ชนิดเม็ดขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้าและเย็น แพทย์อนุญาตให้ย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การดูแลแผลหลังผ่าตัด การหายใจและการไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ จำหน่ายผู้ป่วยออกเวลา 9.00 น.รวมระยะ เวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเป็นเวลา 5 วัน

ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง คือ ติดตามประเมินคะแนนทางระบบประสาท การดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การดูแลแผลผ่าตัดที่ศีรษะไม่ให้ติดเชื้อ คัดไหมที่ศีรษะวันที่ 14 พฤษภาคม 2553

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนนทางระบบประสาทเท่ากับ 15 แขนและขาแข็งแรงเท่ากันทั้งสองข้าง ถูกเดินข้างเดียวโดยญาติคอยดูแลป้องกันอุบัติเหตุ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ชัก เกร็ง กระจกให้รีบมาพบแพทย์และแนะนำการมาตรวจติดตามการรักษาตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 8 พฤษภาคม

2553 เวลา 14.00น.รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 15 วัน นัดมาตัดใหม่วันที่ 14 พฤษภาคม 2553 และมาตรวจตามนัดอีก 2 สัปดาห์

#### 7.ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยเป็นโรคเนื้องอกในสมองที่ด้อยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การดูแลหลังการผ่าตัดจะมีความสำคัญมากเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยต้องติดตามอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทสมองอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการสมองบวม เลือดออกในสมองหลังการผ่าตัด ภาวะสมองพร่องออกซิเจน ซึ่งการติดตามเฝ้าระวังที่ไม่เพียงพออาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความพิการได้

ผู้ป่วยรายนี้หลังได้รับการผ่าตัด craniotomy to remove tumor ได้ให้การดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เดินได้ดี ไม่มีอาการคามัว แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 15 วัน

#### 8.การนำไปใช้ประโยชน์

1.เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวคิดใหม่ๆเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดเนื้องอกสมอง ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์ และในการรักษาโรค

2.เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

#### 9.ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคเนื้องอกในสมองต้องได้รับการผ่าตัด ก่อนการผ่าตัดไม่สามารถของเตียงหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้จึงต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไป 1 วัน เนื่องจากหลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการสังเกตอาการ บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องรวมทั้งให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการสมองบวม เลือดออกในสมองหลังการผ่าตัด ภาวะสมองพร่องออกซิเจน ซึ่งจำเป็นต้องใช้หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่มีเครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ เครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมใช้งาน รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้เลื่อนการผ่าตัดไปเพียง 1 วันและหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย

#### 10.ข้อเสนอแนะ

1.เสนอให้มีการพัฒนาการบริหารเตียงหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเพื่อเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการตามแพทย์เจ้าของไข้มาประเมิน

ผู้ป่วยที่อาการทุเลาและย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญได้อย่างรวดเร็ว และประสานหออภิบาลผู้ป่วยหนักอื่นๆ ในการรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัด


2.เสนอให้มีการรวมข้อมูลความต้องการใช้เตียงหออภิบาลผู้ป่วยหนักสหกรรมเพื่อพิจารณาเพิ่มเติมเตียงหรือเปิดหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... สุจิตา อวปอด .....  
 (นางสาวสุจิตรา อวปอด)  
 พยาบาลวิชาชีพ 5  
 ผู้รับการประเมิน  
 วันที่..... ๒9 08 2554 .....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  .....  
 (นางสุภาณี นาควิเชียร)  
 ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์  
 วันที่..... ๒9 08 2554 .....

ลงชื่อ.....  .....  
 (นายประพาสน์ รัชตะสัมฤทธิ์)  
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์  
 วันที่..... ๒9 08 2554 .....

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ของ นางสาวสุทัตตรา คงปลอด

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.750) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์  
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลป้องกันต่อระบบทรวงอกเลื่อนหลุด

#### หลักการและเหตุผล

หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตทางศัลยกรรม ผู้ป่วยหลายรายได้รับบาดเจ็บบริเวณทรวงอก ส่งผลให้มีเลือดหรือลมออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก ระบายเลือดหรือลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดการให้กิจกรรมการพยาบาล เช่น การอาบน้ำ การพลิกตะแคงตัว จึงเสี่ยงต่อการเกิดต่อระบบทรวงอกเลื่อนหลุด จากการเก็บสถิติผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 10 ราย พบการเกิดอุบัติเหตุที่ต่อระบบทรวงอกเลื่อนหลุด 3 ราย และต้องใส่ท่อระบายทรวงอกซ้ำทั้งหมด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากต่อระบบทรวงอกเลื่อนหลุดทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น โรคของผู้ป่วยอาการรุนแรงมากขึ้น(เลือดหรือลมออกในช่องเยื่อหุ้มปอดมากขึ้น) ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติ จึงวางแผนจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันต่อระบบทรวงอกเลื่อนหลุด

#### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ใช้แนวทางหลังการปรับปรุงของการป้องกันต่อระบบทรวงอกเลื่อนหลุดเป็นแนวทางเดียวกัน

2. เพื่อลดอัตราการเลื่อนหลุดของต่อระบบทรวงอก

#### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ปอดเป็นอวัยวะที่อยู่ในทรวงอก ทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ เมื่อหายใจเข้าปอดขยายตัวได้เต็มที่นำออกซิเจนเข้าสู่ถุงลม เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซเมื่อหายใจออกจะขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกเป็นกลไกปกติของร่างกาย การได้รับบาดเจ็บบริเวณทรวงอกทำให้ปอดฉีกขาด เกิดเลือดหรือลมออกในบริเวณช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้ไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดภาวะไม่สมดุลของกรดและด่างในร่างกาย ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอกระบายเลือดหรือลม ออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด ปอดจะกลับมายังขยายตัวได้ดีใกล้เคียงภาวะปกติและทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันต่อระบบทรวงอกเลื่อนหลุดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีเป้าหมายให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด

หอวิทยาลัยผู้ช่วยนักศัลยกรรมได้ปฏิบัติตามนโยบายกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยเริ่มมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย รณรงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัย(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล:2551) โดยใช้หลัก patient safety goals ที่จัดทำเป็นหมวดหมู่จดจำได้ง่ายภายใต้ชื่อ SIMPLE

S:safe surgery

I:infection control

M:medication safety

P:patient care process

L:line,tube and catheter

E:emergency response

ซึ่งต่อรายละเอียดของ อยู่ในหมวดของ L:line,tube and catheter ซึ่ง WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution ได้จัดทำแนวทางเรื่อง Avoiding Catheter and Tubing Mis-connection ขึ้นมีเนื้อหาสำคัญดังนี้

1.มีระบบและวิธีปฏิบัติในการดูแล

-เน้นย้ำกับผู้ป่วย และครอบครัวว่าไม่ควรถอดหรือต่ออุปกรณ์ต่างๆด้วยตนเอง ควรขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อมีปัญหา

ช่วยเหลือนักพยาบาลเมื่อมีปัญหา

-กำหนดให้มีการ label high-risk catheter เช่น arterial , epidural , intrathecal ควรหลีกเลี่ยงการใช้ catheter ซึ่งมี injection ports สำหรับตำแหน่งเหล่านี้

-กำหนดให้ผู้ดูแล trace สายทุกเส้นจากต้นทางไปถึง connection ports เพื่อยืนยัน attachment ก่อนที่จะมีการ connect, reconnect ให้ยา สารละลาย หรือเวชภัณฑ์อื่นๆ

-ให้กระบวนการ line reconciliation ที่เป็นมาตรฐานเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารส่งมอบข้อมูล โดย recheck tubing connection และ trace tube & catheters ทุกเส้นไปยังแหล่งต้นทาง เมื่อรับผู้ป่วยใหม่ที่หน่วย และเมื่อมีการเปลี่ยนเวร

-ใช้การประเมินและทดสอบความเสี่ยง(FMEA) เพื่อค้นหาโอกาสเกิด misconnection เมื่อซื้อ catheter และ tube ชนิดใหม่

2.บรรจุกារฝึกอบรมเกี่ยวกับอันตรายของ tube & device misconnection ในการปฐมพยาบาลและการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ

3.ส่งเสริมให้จัดซื้อ tube และ catheter ซึ่งถูกออกแบบเพื่อความปลอดภัยและป้องกัน misconnections กับอุปกรณ์หรือ tube อื่นๆ

ดังนั้นจึงมีการจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันต่อระบาดทรวงอกเลื่อนหลุดซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุด  
ขั้นตอนการดำเนินงาน

1.ขอความเห็นชอบต่อหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ในการจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันต่อระบาดทรวงอกเลื่อนหลุด

2.ประชุมสมาชิกผู้ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม นำเสนอหลักการและขอความร่วมมือในการจัดทำ

3.รวบรวมข้อมูล สถิติ การเกิดต่อระบาดทรวงอกเลื่อนหลุดและหาแนวทางวิธีการป้องกัน

4.จัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันต่อระบาดทรวงอกเลื่อนหลุด โดยใช้วิธีการสาธิตการปิดพลาสติกเหนียวบริเวณแผลต่อระบาดทรวงอกและการบันทึกตำแหน่งของต่อระบาดทรวงอก

5.นำเสนอและทดลองปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันต่อระบาดทรวงอกเลื่อนหลุด

6.ประเมินผลและสรุปผลลัพธ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.อัตราการเลื่อนหลุดของต่อระบาดทรวงอกลดลง

2.ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

3.บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพร่วมกัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1.บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมปฏิบัติตามแนวทาง มากกว่าร้อยละ 80

2. อัตราการเลื่อนหลุดของต่อระบาดทรวงอก น้อยกว่าร้อยละ 2

ลงชื่อ..... *สุจิตรา กองปลอยด์* .....

(นางสาวสุจิตรา กองปลอยด์)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... *๑๙.๐๘.๒๕๕๔* .....

**ภาพตัวอย่างประกอบการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันท่อระบายทรวงอกเลื่อนหลุด**  
**การทดลองใช้การปิดพลาสติกเหนียวและการบันทึกตำแหน่งท่อระบายทรวงอก**



ภาพที่ 1 แพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอกในตำแหน่งที่กำหนดและผูกท่อด้วยไหมเย็บ พยาบาลบันทึกตำแหน่งซีกของท่อระบายทรวงอกที่ติดกับผิวหนัง



ภาพที่ 2 ตัดก๊อชเป็นรูปตัว Y และนำไปปิดบริเวณท่อระบายทรวงอกดังรูป



ภาพที่ 3 นำก๊อชอีก 2 แผ่นปิดทับโดยตรง ด้านล่าง 1 แผ่นและ ปิดทับด้านบนอีก 1 แผ่น



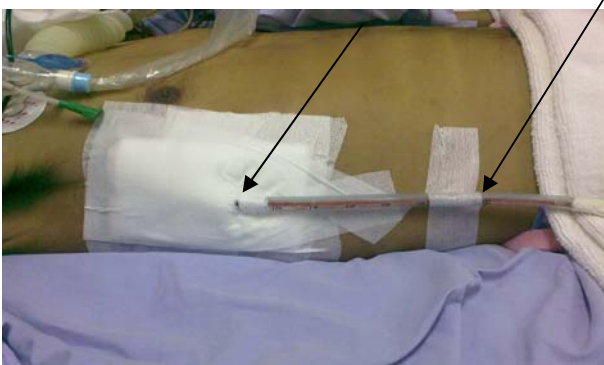
ภาพที่ 4 นำแผ่นพลาสติกเหนียวปิดทับคลุมแผ่นก๊อชทั้งหมดและจดบันทึกตำแหน่งท่อระบายทรวงอกบริเวณปลายสายที่พ้นออกจากก๊อช



ภาพที่ 5 ตัดแผ่นพลาสติกเอนิยวเป็น 3 ทาง  
ปิดทับด้านบนดังรูป โดยแยกแผ่นกลางไว้



ภาพที่ 6 นำปลายพลาสติกเอนิยวแผ่นกลางพัน  
รอบท่อระบายทรวงอก



ภาพที่ 7 ตัดพลาสติกเอนิยวอีก 1 ชิ้น ติดดังรูป  
ป้องกันการดึงรั้งท่อระบายทรวงอกและบันทึก  
ตำแหน่งลูกศรชี้