ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
   เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตออกทางท่อปัสสาวะ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
   เรื่อง จัดทำแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ

เสนอโดย
นางเนตรดาว แสงบุตร
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 134)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตออกทางท่อปัสสาวะ

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 8 วัน (ตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2549 ถึง วันที่ 28 สิงหาคม 2549)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

พยาธิสภาพ

ต่อมลูกหมาก (Prostate gland) เป็นอวัยวะเพศหนึ่งของระบบสืบพันธุ์เพศชาย ตั้งอยู่ในอุ้งเชิงกรานตรงตำแหน่งคอคอดของกระเพาะปัสสาวะ เป็นต่อมรอบ ๆ ท่อปัสสาวะส่วนต้น ต่อมลูกหมากมีลักษณะคล้ายลูกเกาลัด มีความกว้าง 4 เซนติเมตร ยาว 3 เซนติเมตร และหนา 2 เซนติเมตร มีทั้งหมด 5 กลีบ (lobes) มีหน้าที่สร้างของเหลวและสารที่หล่อเลี้ยงอสุจิให้แข็งแรง เพื่อให้ตัวอสุจิมีความสมบูรณ์ที่จะทำหน้าที่ในการสืบพันธุ์ ต่อมลูกหมากโต (Benign prostate hypertrophy ; BPH หรือ Hyperplasia) หมายถึง เนื้องอกของต่อมลูกหมากเป็นความผิดปกติที่มีความเจริญเริ่มทั้งขนาดและจำนวนของเซลล์ต่อมลูกหมากมากกว่าปกติ ทำให้ขนาดของต่อมลูกหมากขนาดโตขึ้น และเนื่องจากตำแหน่งของต่อมลูกหมากนั้นอยู่รอบ ๆ ท่อปัสสาวะ เมื่อต่อมลูกหมากโตมากขึ้นก็จะมีการบีบรัด ท่อปัสสาวะให้ตีบ แบนยาว ทำให้เกิดการอุดกั้นบริเวณท่อทางเดินปัสสาวะ เป็นผลให้ปัสสาวะไหลไม่สะดวก โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบได้ในผู้ชายสูงอายุ ตามสถิติจะพบได้ประมาณ 45% ในช่วงอายุ 50 – 60 ปี และประมาณ 90% เมื่ออายุมากกว่า 80 ปี

สาเหตุ

สาเหตุจากการเกิดโรคต่อมลูกหมากโตยังไม่สามารถสรุปชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับอายุ และเกิดการไม่สมดุลของระดับฮอร์โมนเพศชาย คือ แอนโดรเจน กับฮอร์โมนเพศหญิง คือ เอสโตรเจน โดยมีเอสโตรเจน สูงกว่าปกติหรือเกิดขึ้นเนื่องจากต่อมลูกหมากถูกใช้งานมากเกินไปในวัยเจริญพันธุ์ หรือไม่ได้ใช้งานเลย เมื่อต่อมลูกหมากโตขึ้นหลอดปัสสาวะจะแคบลง ทำให้มีการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะ ในระยะแรกผู้ป่วยจะปัสสาวะบ่อยครั้งและครั้งละนาน ๆ เพราะต้องเบ่ง และจะรู้สึกว่าถ่ายปัสสาวะไม่หมด ปัสสาวะกะปริบกะปรอย ในเวลากลางคืนต้องลุกถ่ายปัสสาวะ 2 – 3 ครั้ง ปัสสาวะไม่พุ่ง จำนวนปัสสาวะที่ถ่ายแต่ละครั้งลดลง ถ้าต่อมลูกหมากโตมากขึ้นไม่ได้รับการแก้ไขการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุของการถ่ายปัสสาวะขัดหรือถ่ายปัสสาวะไม่ออก ซึ่งการตรวจวินิจฉัยสามารถตรวจทางทวารหนัก มักคลำพบต่อมลูกหมากมีขนาดโตขึ้น การตรวจภายในด้วยเครื่องส่องการตรวจทางรังสีโดยการเอกซเรย์ระบบทางเดินปัสสาวะ (plain kidney ureter bladder ; KUB) อาจพบเงาไตโตขึ้นทั้ง 2 ข้าง แสดงว่าไตบวมน้ำ การฉีดสารทึบแสงเข้าไปในหลอดเลือดดำ (intra venous pyelography ; IVP) เพื่อบอกหน้าที่ของไต อาจพบภาวะผิดปกติของหลอดไต เช่น หลอดไตและไตโป่งพอง การตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจปัสสาวะ อาจพบเม็ดเลือดแดงหรือเม็ดเลือดขาว ตรวจพบบียูเอ็น ครีเอตินินมีค่าสูง ผู้ป่วยที่เป็นต่อมลูกหมากโตจะรู้สึกทรมาน หงุดหงิดกับอาการดังกล่าว ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง

การรักษาต่อมลูกหมากโต โดยทั่วไปมีอยู่ 4 วิธี คือ

1. การรักษาแบบประคับประคอง จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่มาก
2. การใช้ยา ยาที่เป็นที่ยอมรับกันในการใช้รักษาโรคต่อมลูกหมากโตมีอยู่ 2 ชนิด คือ

ยาที่ลดขนาดต่อมลูกหมาก ได้แก่ กลุ่มยาต้านเอนไซม์ 5 – alpha reductase ซึ่งเอนไซม์ชนิดนี้จะไปกระตุ้นให้ต่อมลูกหมากมีขนาดโตขึ้น เมื่อใช้ยาต้านเอนไซม์ชนิดนี้ก็อาจจะมีผลทำให้ต่อมลูกหมากมีขนาดเล็กลง

ยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบในเนื้อต่อมลูกหมาก ทำให้ความตึงตัวของต่อมลูกหมากลดลง จะทำให้ผู้ป่วยมีการถ่ายปัสสาวะที่ดีขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่กลุ่มยาต้าน alpha

3. การผ่าตัด ใช้ในรายที่มีอาการมาก การผ่าตัดมีหลายชนิด แต่วิธีที่นิยมมากที่สุด คือ การใส่เครื่องมือเข้าทางท่อปัสสาวะ และตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะด้วยไฟฟ้า วิธีนี้เรียกว่า Transurethra Resection Prostate gland ; TUR-P
4. การรักษาวิธีอื่น โดยมีหลักการเพื่อให้เกิดความร้อนต่อเนื้อเยื่อของต่อมลูกหมากโดยความร้อนที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ จากไมโครเวฟ, คลื่นวิทยุ (radio frequency), คลื่นเสียงอัลตร้าซาวนด์ (ultrasound) หรือเลเซอร์ ความร้อนต่างๆ เหล่านี้มีทำให้ต่อมลูกหมากโตเหี่ยวเล็กลง ทำให้ท่อทางเดินปัสสาวะกว้างขึ้น การรักษาวิธีนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย มีค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ต้องใช้เทคโนโลยีที่สลับซับซ้อน และที่สำคัญเป็นที่น่าสังเกตว่าการรักษาโดยวิธีนี้ในปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมและอาจเรียกได้ว่าลดความนิยมลงไปอย่างมาก

ซึ่งวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากมีด้วยกัน 5 วิธี แต่ที่นิยมทำมากที่สุด คือ การผ่าตัดต่อมลูกหมากโตออกทางท่อปัสสาวะ (Transurethra Resection Prostate gland ; TUR-P) โดยแพทย์จะใช้เครื่องมือตัดต่อมลูกหมากสอดเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ตัดส่วน ที่เป็นเนื้องอกออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ ในขณะผ่าตัดจะต้องเปิดน้ำกลั่นให้ไหลเข้ากระเพาะปัสสาวะเพื่อไล่เลือดให้มองเห็นบริเวณที่ผ่าตัดได้ชัดเจนตลอดเวลา เนื้อที่ถูกตัดจะถูกพัดพาโดยกระแสน้ำเข้าไปอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ บริเวณที่มีเลือดออกจะใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าจี้ให้เลือดหยุด หลังผ่าตัดแพทย์จะสอดสายสวนปัสสาวะเข้าทางท่อปัสสาวะจนถึงกระเพาะปัสสาวะใส่น้ำในลูกโป่งของสายสวนปัสสาวะประมาณ 30 มิลลิลิตร คาไว้ดึงและยึดสายสวนปัสสาวะ ให้อยู่กับที่บริเวณหน้าขาข้างใดข้างหนึ่งของผู้ป่วยเพื่อเป็นการเพิ่มความดันกดลงบนแผลผ่าตัดและ คอของ กระเพาะปัสสาวะ เพื่อช่วยในการห้ามเลือด การคาสายสวนปัสสาวะจะทำเป็นเวลา 4 – 7 วัน ศัลยแพทย์บางรายนิยมใช้สายสวนปัสสาวะแบบ 3 หาง เพื่อทำการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการอุดกั้นของก้อนเลือดและจะทำจนกว่าจะแน่ใจว่าไม่มีเลือดออก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโตออกทางท่อปัสสาวะจะทำให้มีโอกาสตกเลือดในระยะแรกหลังผ่าตัด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ภายหลังถอดสายสวนปัสสาวะ คอของกระเพาะปัสสาวะแคบ ท่อปัสสาวะตีบแคบ อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นหมันในรายที่ผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด จากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อมลูกหมากโตออกทางท่อปัสสาวะ ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลเสียที่เกิดจากโรคนี้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอันตรายของโรค จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ แนะนำให้ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการตรวจต่อมลูกหมากประจำทุกปี และตรวจซ้ำเมื่อเกิดอาการ การให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไป โดยการให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงกาย จิต และสังคมของผู้ป่วย จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตออกทางท่อปัสสาวะเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้ การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีความแตกต่างกัน และจะทำให้การให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ

การพยาบาล

การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมร่างกายโดยทั่วไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
2. ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด โดยโกนขนบริเวณหัวเหน่าและอวัยวะสืบพันธุ์
3. อธิบายการเตรียมสำหรับการผ่าตัดโดยทั่วไป การตรวจเลือด ปัสสาวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ การเตรียมเพื่อระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด ได้แก่ การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนวันก่อนผ่าตัด การสวนอุจจาระคืนวันก่อนผ่าตัด
4. อธิบายพร้อมให้ดูภาพประกอบเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของต่อมลูกหมาก การผ่าตัด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
5. อธิบายสภาพภายหลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบ เช่น การให้สารน้ำ การคาสายสวนปัสสาวะ การ traction สายสวนปัสสาวะให้อยู่กับที่
6. แนะนำวิธีปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของปอดและช่วยให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น Breathing exercise การไออย่างถูกวิธี
7. ถ้ามียาประจำรับประทานอยู่ แนะนำให้ผู้ป่วยนำยามาให้พยาบาลดูเพื่อพิจารณาร่วมกับแพทย์ในการให้รับประทานยาต่อ
8. อธิบายวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการเตรียมตัวเพื่อรับการผ่าตัด
9. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สภาพการเจ็บป่วย สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษา

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่ และต่อไปทุก 4 ชั่วโมง
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
3. ดูแลสายสวนปัสสาวะมิให้หักพับงอ ถ้ามีการอุดตันเนื่องจากมีลิ่มเลือดให้รีดสายยางบ่อย ๆ
4. ดูแลปรับอัตราการไหลของ CBI ตามสีของปัสสาวะจนใส
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 1,500 – 3,000 มิลลิลิตร
6. สังเกตสีและบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกมา เพื่อประเมินการเสียเลือด
7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
8. แนะนำการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ได้แก่ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์

คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1. ไม่กลั้นปัสสาวะนาน ๆ ให้ถ่ายปัสสาวะทันทีที่รู้สึกอยากถ่าย เวลาถ่ายอุจจาระอย่าเบ่งมาก
2. ระวังอย่าให้ท้องผูก ดื่มน้ำ รับประทานผัก ผลไม้ มาก ๆ
3. การพักผ่อน การพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง
4. การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงเพราะย่อยยาก และอาจทำให้เกิดท้องอืดได้
5. ควรดื่มน้ำสะอาดให้ได้ประมาณวันละ 2 – 3 ลิตร
6. ออกกำลังกายในระยะ 3 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ควรออกกำลังกายเบา ๆ หรือตามความเหมาะสมของร่างกาย
7. อย่ายกของหนัก
8. งดกิจกรรมทางเพศอย่างน้อย 4 – 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด เพราะอาจทำให้มีเลือดออกได้

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพค้าขาย ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะกะปริบกะปรอย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะออกน้อย จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะไม่พุ่ง กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะกะปริบกะปรอยเป็นหยด ๆ มา 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลรักษาโดยการรับประทานยาสม่ำเสมอ อาการไม่ดีขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เมื่อปวดปัสสาวะต้องออกแรงเบ่งมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลกลาง เนื่องจากผู้ป่วยมีบัตรประกันสังคมโรงพยาบาลกลาง แพทย์ตรวจร่างกาย คลำพบต่อมลูกหมากมีขนาดโต แข็ง ผิวเรียบ ไม่เจ็บ แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคต่อมลูกหมากโต นัดผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลาง ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ (20/16) ในวันที่ 21 สิงหาคม 2549 เวลา 09.39 น. เลขที่ภายนอก 3084-46 เลขที่ภายใน 10312-49

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ประมาณ 6 ปี รักษาโดยการรับประทานยาสม่ำเสมอ ปฏิเสธการแพ้อาหารทุกชนิด ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาเพนนิซิลิน

แรกรับผู้ป่วยชายไทยเดินมาเองพร้อมญาติ รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มีสีหน้าวิตกกังวล มาด้วยอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะออกน้อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักตัว 78 กิโลกรัม สภาพร่างกายทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย ผิวขาว รูปร่างสูงใหญ่ ตาและตัวไม่เหลือง หูและคอปกติ หัวใจปกติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเลือด พบ WBC 9.4 THSD/CUMM (ค่าปกติ 5–10 THSD/CUMM) HCT 39.9% (ค่าปกติ 35 – 55%) HGB 13.3 GRAMS/DL (ค่าปกติ 14 – 18 GRAM/DL) ผลการตรวจปัสสาวะพบน้ำปัสสาวะสีเหลืองใส SPECIFIC GRAVITY 1.010 (ค่าปกติ 1.003–1.030) พบ WBC 2-3/HPF (ค่าปกติ 0-2/HPF) RBC 0-1/HPF (ค่าปกติ 0-2/HPF) ผลการตรวจเคมีคลินิก ผลการตรวจ FBS 147 MG/DL (ค่าปกติ 60-110 MG/DL) SODIUM 140.7 mmol/l (ค่าปกติ 136 - 145 mmol/l) POTASSIUM 3.69 mmol/l (ค่าปกติ 3.5–5.1 mmol/l) CHORIDE 103 mmol/l (ค่าปกติ 100-110 mmol/l) และCARBON DIOXIDE 23.9 mmol/l (ค่าปกติ 22-32 mmol/l) ผลการตรวจ Anti HIV ไม่พบเชื้อ ผลการตรวจภาพรังสีที่ปอดปกติ

แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย มีการวางแผนการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตออกทางท่อปัสสาวะ ในวันที่ 22 สิงหาคม 2549 ผู้ป่วยไม่ทราบถึงแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยผ่าตัด อธิบายถึงขั้นตอนการทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งสภาพผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว เมื่อกลับจากห้องผ่าตัด ขาทั้ง 2 ข้างจะชา ต้องนอนราบ 12 ชั่วโมง มีสารน้ำให้ทางหลอดเลือดดำ คาสายสวนปัสสาวะแบบ 3 หาง ต่อสารน้ำสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง ลักษณะสีปัสสาวะมีเลือดใน ต้องนอนเหยียดขาข้างที่แพทย์ตรึงสายสวนปัสสาวะหลังจากแพทย์ปล่อยสายสวนปัสสาวะให้หย่อน สามารถขยับขาได้ตามปกติ เมื่อปัสสาวะไม่มีเลือดปนแพทย์สั่งหยุดสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง อาจยังคงคาสายสวนปัสสาวะต่อ ขณะทำกิจวัตรประจำวันการถือถุงรองรับปัสสาวะต้องถือต่ำกว่าระดับเอว ระวังน้ำปัสสาวะไหลย้อนกลับ เมื่อแพทย์สั่งนำสายสวนปัสสาวะออกต้องฝึกขมิบก้นเพื่อฝึกกล้ามเนื้อหูรูดให้ทำงานหดรัดตัวในการกลั้นปัสสาวะ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล สอบถามผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามได้ สีหน้าสดชื่น ดูแลให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอมการผ่าตัด เตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด เวลา 20.00 น. สวนอุจจาระเพื่อให้ลำไส้ล่างว่างป้องกันไม่ให้อุจจาระไหลออกมากขณะทำผ่าตัด แจ้งให้งดน้ำและอาหารหลังเวลา 24.00 น. ของคืนก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการสวนอุจจาระ อุจจาระออกค่อนข้างมาก สีหน้าสดชื่น นอนหลับได้ สามารถปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดได้ถูกต้องตามคำแนะนำ และพร้อมสำหรับการผ่าตัดวันรุ่งขึ้น เตรียมอุปกรณ์สำหรับใช้ในห้องผ่าตัด ได้แก่ สายสวนปัสสาวะเบอร์ 24 แบบ 3 หาง ถุงรองรับปัสสาวะ และซองฟิล์มเอกซเรย์ นำมาจัดเตรียมให้พร้อม

เช้าวันที่ผ่าตัด วันที่ 22 สิงหาคม 2549 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เดินช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/82 มิลลิเมตรปรอท เจาะเลือดตรวจน้ำตาล 119 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ยาก่อนไปห้องผ่าตัด คือ Netromycin 150 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เวลา 09.00 น. ให้ผู้ป่วยถอดฟันปลอม ถอดนาฬิกาและสร้อยคอฝากญาติไว้ เวลา 09.10 น. ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดพร้อมอุปกรณ์สำหรับใช้ในห้องผ่าตัดและฟิล์มเอกซเรย์ แพทย์ได้ทำการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตออกทางท่อปัสสาวะ โดยได้รับการฉีดยาชาทางไขสันหลัง (Spinal block) เวลา 09.30 น. รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด เวลา 12.00 น. แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คาสายสวนปัสสาวะเบอร์ 24 แบบ 3 หาง ต่อด้วย 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร สวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง มีปัสสาวะในถุงรองรับปัสสาวะจำนวน 2,000 มิลลิลิตร สีแดงเข้ม แพทย์ให้ตรึงสายสวนปัสสาวะไว้ที่หน้าขาข้างขวา พบปัญหาดังนี้ ผู้ป่วยบ่นชาบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง เนื่องจากได้รับการฉีดยาชาทางไขสันหลัง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากการฉีดยาชาทางไขสันหลัง แนะนำให้นอนราบ 12 ชั่วโมง ครบเวลา 24.00 น. สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการฉีดยาชาทางไขสันหลัง ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ นำชามรูปไตวางไว้ข้างเตียง ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช็ดทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย หลังได้รับการดูแลให้การพยาบาล ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น อาการชาลดลง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการฉีดยาชาทางไขสันหลัง ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก หน้านิ่วคิ้วขมวด ให้ฉีดยาแก้ปวด Pethidine ขนาด 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เวลา 24.00 น. ให้ผู้ป่วยพักผ่อน สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฉีด ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือสัญญาณชีพผิดปกติ หลังได้รับยาฉีดผู้ป่วยอาการปวดทุเลาลง

ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพปกติ สามารถนอนหลับได้ ยาที่ผู้ป่วยได้หลังผ่าตัด Paracetamal ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง เฉพาะเวลาปวดแผลหรือมีไข้หลังผ่าตัด ยา Metformin ขนาด 850 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น ยา Daonil รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ยา Norfloxacin ขนาด 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น ผู้ป่วยมีปัสสาวะในถุงรองรับปัสสาวะสีแดงเข้ม จำนวน 2,000 มิลลิลิตร แพทย์ให้ตรึงสายสวนปัสสาวะไว้ที่หน้าขาข้างขวา ดูแลให้นอนเหยียดขาขวาตรง สังเกตลักษณะสีของน้ำปัสสาวะ ระวังไม่ให้ก้อนเลือดอุดตัน ตรวจดูการไหลของน้ำปัสสาวะ รีดสายสวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ดูแลเปลี่ยนผ้ากอซเมื่อมีปัสสาวะหรือเลือดซึมเปียก วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพอยู่ในภาวะปกติ สัญญาณชีพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในระดับปกติ

หลังผ่าตัดวันที่ 1 สีน้ำปัสสาวะยังคงสีแดง แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ปล่อยสายสวนปัสสาวะที่ตรึงไว้ให้หย่อนและแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2 – 3 ลิตร ดูแลปรับอัตราการหยดของสารน้ำสวนล้างกระเพาะปัสสาวะตามสีของน้ำปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง สังเกตลักษณะสี ปริมาณน้ำปัสสาวะ จดบันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกต่อวัน ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรงตามเวลา แนะนำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบนเตียง ยังไม่ให้ลุกเดิน จากนั้นหลังผ่าตัดได้ 4 วัน สีน้ำปัสสาวะมีสีเหลืองใสดี ไม่มีก้อนเลือดปน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการหยุดให้สวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง ดูแลให้ผู้ป่วยลุกเดิน แนะนำให้ถือถุงรองรับปัสสาวะต่ำกว่าระดับเอว สังเกตสีและปริมาณน้ำปัสสาวะต่อวันตามเดิม น้ำปัสสาวะสีเหลืองใส แพทย์จึงให้นำสายสวนปัสสาวะออก ในวันที่ 27 สิงหาคม 2549 ผู้ป่วยได้รับการคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลาทั้งหมด 5 วัน จึงสามารถถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ หลังนำสายสวนปัสสาวะออกผู้ป่วยมีอาการถ่ายปัสสาวะกะปริบกะปรอย กลั้นไม่อยู่ แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกขมิบก้น ออกกำลังกล้ามเนื้อฝีเย็บ ให้ดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2 – 3 ลิตร สังเกตลักษณะสีและปริมาณน้ำปัสสาวะ ให้รับประทานยาตามแผนการรักษา จากนั้นอาการดีขึ้น ผู้ป่วยไม่ถ่ายปัสสาวะกะปริบกะปรอย สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ปัสสาวะไม่มีแสบขัด ผลชิ้นเนื้อส่งตรวจในวันที่ 22 สิงหาคม 2549 พยาธิแพทย์อ่านผลการตรวจพบว่าเป็นเนื้องอกต่อมลูกหมากชนิดไม่ร้ายแรง แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ และนัดพบอีก 2 สัปดาห์ คือ วันที่ 12 กันยายน 2549 ที่หน่วยผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาปฏิชีวนะติดต่อกันจนหมดตามแพทย์สั่ง ดื่มน้ำวันละ 2 – 3 ลิตร รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 8 วัน หลังจากแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การมีเลือดออกอีกภายหลังกลับบ้าน อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องหลีกเลี่ยงการนั่งรถกระแทก การเดินทางไกล เพื่อป้องกันมิให้แผลผ่าตัดได้รับการกระทบกระเทือน แนะนำให้ผู้ป่วยไม่ขับรถอย่างน้อย 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ไม่ควรออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ ๆ อย่างน้อย 3 สัปดาห์หลังผ่าตัด แต่สามารถทำงานที่ไม่ต้องออกแรงมาก เช่น กวาดเช็ดถูทำความสะอาดบ้านได้ตามปกติ ห้ามยกหรือแบกของหนัก อย่างน้อย 3 สัปดาห์หลังผ่าตัด งดการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 5 สัปดาห์ หลังผ่าตัด เรื่องการป้องกันอาการท้องผูก โดยรับประทานผักผลไม้ที่มีกาก ดื่มน้ำวันละ 3,000 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ในทางเดินปัสสาวะ และมาพบแพทย์ตามวันนัด หากมีอาการผิดปกติ น้ำปัสสาวะมีสีแดง มีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะไม่ออกมีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์ทันที โดยไม่ต้องรอถึงวันนัด หลังจากให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

"ไม่มี"

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี มีอาการปัสสาวะกะปริบกะปรอย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะออกน้อย ปัสสาวะไม่พุ่ง เป็นมา 1 ปี ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคต่อมลูกหมากโต แพทย์ให้ทำการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตออกทางท่อปัสสาวะ หลังการทำผ่าตัดผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เช่น การมีภาวะเลือดออกมากหลังการทำผ่าตัด TUR-P, การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, ท้องผูก, กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด จนผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลได้ให้การพยาบาลตามปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพจนปัญหาได้รับการแก้ไขหมดสิ้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำ ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปใช้ชีวิตแบบปกติที่บ้าน สภาพผู้ป่วยก่อนพ้นการดูแล ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม สดชื่น แจ่มใส แสดงความพึงพอใจกับการให้การรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้ศึกษาได้พัฒนาความรู้ในเรื่องโรค พยาธิสภาพ การดูแลรักษาจากการค้นคว้า
2. ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการใกล้เคียงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตออกทางท่อปัสสาวะ มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกมากหลังการผ่าตัดได้ ดังนั้นการดูแลไม่ให้ผู้ป่วยงอเข่าข้างที่ตรึงสายสวนปัสสาวะไว้ที่หน้าขาเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการเพิ่มความดันกดลงบันแผลผ่าตัด เพื่อช่วยในการห้ามเลือด จึงให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของขา มีบางครั้งที่ผู้ป่วยงอเข่า ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงต้องเน้นย้ำผู้ป่วยถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการมีเลือดออกมากเป็นสำคัญ อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหว ห้ามงอเข่า ให้ผู้ป่วยทราบ

และเข้าใจ รวมทั้งพยาบาลต้องสังเกตสีปัสสาวะและปริมาณปัสสาวะ ดูแลปรับอัตราหยดของสารน้ำสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องตามลักษณะสีของน้ำปัสสาวะ ระวังไม่ให้ก้อนเลือดอุดตัน ตรวจดูการไหลของน้ำปัสสาวะ รีดสายสวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2–3 ลิตร ภายหลังให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สีหน้าสดชื่นและไม่เกิดภาวะเลือดออกมากหลังการผ่าตัด

10. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ศึกษาหรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ให้การรักษา ควรต้องเข้าใจถึงภาวะจิตใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
2. เน้นการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวหลังการทำผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
3. พยาบาลใหม่ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโตและการดูแลให้การรักษาพยาบาล เพื่อนำมาพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ เนตรดาว แสงบุตร
(นางเนตรดาว แสงบุตร)
ผู้ขอรับการประเมิน
16 / S.A. / 2551

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....
(นางวิไล วิเทหะโยธิน)
ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
16 S.A. 2551

ลงชื่อ .....
(นายสามารถ ตันอริยกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง
16 S.A. 2551

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางเนตรดาว แสงบุตร

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 134) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์

เรื่อง จัดทำแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ

หลักการและเหตุผล

การดูแลผู้ป่วยโรคทางด้านศัลยกรรมระบบประสาท มีทั้งโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัด และไม่ต้องรับการผ่าตัด ซึ่งการบาดเจ็บในตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกายก็ถือเป็นทางด้านศัลยกรรม มีทั้งแสดงอาการให้เห็นชัดเจนหรือไม่แสดงอาการออกมา การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือการได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะก็เป็นปัญหาสุขภาพร้ายแรงที่ก่อนให้เกิดการเสียชีวิตและทุพพลภาพได้ หากไม่ได้รับการดูแลหรือสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด จากสถิติในหอผู้ป่วยที่ได้ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดปัญหาทางระบบประสาทในปี 2547 พบ 25 ราย ปี 2548 พบ 27 ราย และปี 2549 พบ 49 ราย จะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในบทบาทของพยาบาลที่เป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องให้ความสำคัญลดความรุนแรงที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยและสังเกตอาการได้ถูกต้อง รวดเร็ว และรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที ดังนั้นจึงได้จัดทำแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เพื่อผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยและได้รับการดูแลให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. พยาบาลสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็ว รายงานแพทย์ได้ทันท่วงที
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ความผิดพลาดสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกมิติของกระบวนการจัดบริการทางสุขภาพ ทั้งในระหว่างการประเมินสุขภาพ การตรวจพิเศษ การให้การรักษาพยาบาล ระบบการดูแลสุขภาพเชิงรับที่มุ่งจัดการความเสี่ยง (Risk management) เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และสร้างมาตรการป้องกันการเกิดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้เป็นสิ่งสำคัญ

ดังนั้นการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การมีแรงภายนอกมากระทำที่ศีรษะ ผู้ป่วยที่มีประวัติหรืออาการข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งหมด ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้สมควรได้รับวินิจฉัยว่าบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่

1. ประวัติถูกกระทบกระเทือนที่ศีรษะชัดเจน
2. มีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะ หรือหน้าผาก
3. มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สติไม่ว่าระยะสั้นเพียงใด

ซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับการอภิบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้ได้ผลดีขึ้นนั้น การตรวจวินิจฉัยและการรักษาจำเป็นต้องทำอย่างเร่งด่วนและเหมาะสม และต้องการความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้มีการปรับปรุงพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยดีขึ้น จึงได้จัดทำแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เพื่อให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางซึ่งจะก่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกัน

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Severity of head injury)

ใช้คะแนนของ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นหลักในการแบ่งความรุนแรง ดังต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild or minor head injury) GCS = 13 – 15
2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) GCS = 9 – 12
3. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Servere head injury) GCS < 8

ดังนั้นการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรง ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตและทุพพลภาพ จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดความรุนแรงมากขึ้น จึงได้จัดทำแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ โดยดูจากลักษณะการหายใจและรูม่านตา ซึ่งใช้ควบคู่กับการประเมิน GCS ที่ใช้ในปัจจุบัน

การประเมินผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางระบบประสาทโดยใช้ GCS ยังไม่ครอบคลุมชัดเจน ซึ่งการประเมินผลระบบประสาทที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับการพยาบาล ควรมีการประเมินการตรวจดูหน้าที่ของแกนสมอง ซึ่งดูได้จากลักษณะการหายใจและรูม่านตา จึงมีแนวคิดที่จัดทำแนวทางการประเมินขึ้นมาเพิ่มเติมจากการประเมิน GCS ที่มีอยู่ในปัจจุบัน จึงได้ดำเนินการศึกษาหาความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็ฐที่ศีรษะโดยดูจากลักษณะการหายใจและรูม่านตา นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงาน สร้างแนวทางและนำเข้าที่ประชุมของหน่วยงาน เพื่อธิบายและแจ้งให้ผู้ร่วมงานทราบ และนำไปปฏิบัติไปแนวทางเดียวกัน โดยนำแนวทางดังกล่าวใส่ในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทุกราย เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายเก็บรวบรวมใบประเมินใส่ในแฟ้มแล้วนำมาสรุปทุกสิ้นเดือน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด

แนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ

ลักษณะการหายใจ	มี	ไม่มี
1. หายใจเป็นชุด ๆ คือ เริ่มหายใจช้า ๆ แล้วเร็วขึ้นเรื่อย ๆ จากนั้นหยุดหายใจชั่วครู่ แล้วเริ่มหายใจช้า ๆ ต่อมาเร็วขึ้นตามลำดับ แล้วหยุดหายใจ (Cheyme-Strokes respiration) 2. การหายใจที่มีลักษณะเร็วและลึกตลอดเวลา (Central neurogenic hyperventilation) 3. การหายใจเข้าลึก แล้วหยุดเกร็งการหายใจ 2 – 3 วินาที แล้วหายใจออก (Apneutic breathing) 4. การหายใจที่ไม่มีจังหวะตื้นบ้าง ลึกบ้าง เร็วบ้าง ช้าบ้าง ไม่เป็นระบบระเบียบ (Irregular breathing)		
รูม่านตา	มี	ไม่มี
1. การตอบสนองต่อแสง โดยผู้ป่วยมองไปยังจุดใดจุดหนึ่งเมื่อส่องไฟ ซึ่งมีลำแสงแคบจากด้านข้างผ่านไปที่รูม่านตาข้างที่ตรวจ รูม่านตาจะหดทันที ทำให้รูม่านตาเล็กลงและคงขนาดเช่นนั้นตลอดเวลาที่ฉายไฟ 2. การทดสอบ Consensual light reflex ทีละข้าง โดยใช้มือบังแสงไฟไม่ให้เข้าตาอีกข้างหนึ่ง เมื่อส่งไฟผ่านรูม่านตาข้างใดแล้วสังเกตรูม่านตาด้านตรงข้ามจะหดตัวทำให้รูม่านตาเล็กลง 3. รูม่านตาโตขยายเต็มที่ (ประมาณ 4-6 มิลลิเมตร) ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง เป็นข้างเดียว 4. รูม่านตาขยายโตเต็มที่ (4-6 มิลลิเมตร) ทั้งสองข้างอยู่ตำแหน่งตรงกลางของตาและไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง 5. รูม่านตามีขนาดเล็กทั้งสองข้างแต่มีปฏิกิริยาต่อแสง 6. รูม่านตาขยายใหญ่ (Dilate) ทั้งสองข้างและไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง		

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดความรุนแรงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย
2. บุคลากรทางการพยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยและสังเกตอาการ อาการแสดงได้ถูกต้อง รวดเร็ว และรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที
3. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจต่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลนำแบบประเมินไปใช้ในการประเมินผู้ป่วย > 80%
2. อัตราการกลับบ้านได้ของผู้ป่วยบาดเจ็บระดับปานกลาง GCS 9 – 12 > 90%

ลงชื่อ.....เนตรดาว แสงบุตร.....

(นางเนตรดาว แสงบุตร)

ผู้ขอรับการประเมิน

16 S.A. 2551

...../...../.....