

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์  
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกสมองส่วนหน้า
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนย้ายออกจากไอ.ซี.ยู.

เสนอโดย

นางสาวปราณี จันทระประทักษ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 994)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกสมองส่วนหน้า
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 เดือน 10 วัน(ตั้งแต่วันที่ 15 ก.พ. 2550 ถึง วันที่ 27 มี.ค. 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

### 3.1 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของโรคเลือดออกในสมองส่วนหน้า

สมอง (brain) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่คือ

1. สมองส่วนหน้า (forebrain) ประกอบด้วย

ซีรีบรัม(cerebrum) เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดของสมองอยู่ทางด้านบนของศีรษะหรือส่วนที่เรียกว่า ซุปราเทนต์โทเรียม ลิซัน (supra tentorium lesion) จะแบ่งออกเป็น 2 ซีกได้แก่ซีกซ้ายและซีกขวา เรียกว่า ซีรีบรัลเฮมิสเฟีย (cerebral hemisphere) และแต่ละซีกจะควบคุมการทำงานของด้านตรงข้ามของร่างกายและแบ่งออกเป็น lobe ใหญ่ๆคือ

- ฟรอนทัล โลบ (frontal lobe) จะอยู่ด้านหน้าของสมองควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกายที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว นึกคิด ความจำ การพูด อารมณ์ ความรู้สึกผิด

- พารีเอทัล โลบ (parietal lobe)อยู่ต่อจากสมองส่วน frontal lobe มีหน้าที่ส่วนใหญ่เกี่ยวกับความรู้สึก ร้อน เย็น ความเจ็บปวด และรสต่างๆ

- เทมพอรัล โลบ (temporal lobe) อยู่ส่วนขมับของศีรษะมีหน้าที่ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการได้ยินเสียง การรับรู้และความรู้สึกนึกคิด

- อ็อกซิพิทัล โลบ (occipital lobe) อยู่ทางท้ายทอยมีหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็นและการรับภาพ โดยเฉพาะ

2. สมองส่วนกลาง (midbrain) เป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างสมองส่วนหน้ากับสมองส่วนหลังและเป็นส่วนล้อมรอบcerebral aqueduct มี corpora quadrigemina ทำหน้าที่ควบคุมการได้ยินเสียงและเป็นศูนย์กลางการรับภาพ

3. สมองส่วนหลัง(hindbrain) ประกอบด้วย

#### 3.1 ซีรีเบลลัม (cerebellum) และพอนซ์ (pons)

- cerebellum แบ่งเป็น 2 hemisphere ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อการทรงตัวและการเคลื่อนไหว

- pons ทำหน้าที่เชื่อมระหว่าง spinal กับ thalamus เชื่อมระหว่าง cerebellum ทั้ง 2 ข้าง

3.2 มีดัลลา อีบลองกาทา (medulla oblongata) เป็นศูนย์กลางควบคุมการทำงานของหัวใจ ควบคุมการหายใจและ ควบคุมการไหลเวียนของโลหิตนอกจากนี้ยังทำหน้าที่รับกระแสประสาทจากไขสันหลังไปสู่ cerebrum ข้ามจากด้านหนึ่งไปอีกด้านหนึ่ง

### 3.2 ความหมายของโรคเลือดออกสมองส่วนหน้า อาการและอาการแสดง การรักษา

โรคเลือดออกสมองส่วนหน้าเป็นการแตกของเส้นเลือดในสมองเป็นภาวะหนึ่งที่ทำให้เกิดความพิการหรือบางครั้งร้ายแรงถึงแก่ชีวิตได้ ภาวะเลือดออกในสมองส่วนใหญ่เกิดขึ้นจาก 3 สาเหตุหลักคือ

1. มีการแตกของเส้นเลือดในสมองขนาดเล็กเนื่องจากการเสื่อมสภาพของเส้นเลือด
2. มีการเปลี่ยนสภาพของภาวะสมองขาดเลือดและทำให้มีเลือดออก
3. เกิดจากพยาธิสภาพที่ผิดปกติ เช่น ภาวะเส้นเลือดขดในสมอง(AVM)

อาการเลือดออกในสมองจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและคงที่ในช่วง 1 – 24 ชั่วโมงจะทำให้เนื้อสมองบวม ร่วมกับการมีเลือดออกในสมองเป็นผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมีการเคลื่อนของสมองจากแนวกลาง (midline shift) และอาจมีการเคลื่อนลงมาดก้านสมองและศูนย์การหายใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด

**อาการและอาการแสดง** ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจะเกิดอาการและอาการแสดงได้เร็วหรือช้าขึ้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนเลือดแหล่งที่เกิดการตกเลือดและ โรคอื่นที่เกิดร่วมด้วยอาจมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง อัมพาตของแขนขาตรงข้าม ความสามารถในการตัดสินใจช้า ในกรณีก้อนเลือดขนาดเล็กอาจมีอาการไม่รุนแรงระดับความรู้สึกตัวเฉื่อยและขาอ่อนแรงเล็กน้อย

#### การวินิจฉัยโรค

1. ชักประวัติ ปวดศีรษะอย่างรุนแรงหมดสติ ผู้ป่วยอาจฟื้นสติขึ้นมาหรือยังหมดสติอยู่ ตรวจร่างกายพบคอแข็ง
2. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ช่วยบอกตำแหน่งของเลือดที่ออกในสมอง
3. เจาะหลัง เพื่อพิสูจน์ภาวะเลือดออกในช่องใต้เยื่อแรชนอยด์ (subarachnoid hemorrhage)

### 3.3 แนวทางการรักษา

1. การประคับประคอง (conservative treatment) คือการรักษาผู้ป่วยทั่วไปป้องกันโรคแทรกซ้อนเช่นให้ยาลดสมองบวม ยาลดความดัน ยาขับปัสสาวะและดูแลระบบทางเดินหายใจให้อาหารทางสายยาง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยการทำกายภาพบำบัด

2. การผ่าตัด (surgical treatment)

- การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อผ่าตัดเอาก้อนเลือดในสมองออก

- วิธีการดูดก้อนเลือดในสมองด้วยเทคนิคนาวิทีโดยใช้อุปกรณ์พิเศษช่วย (steve tactic aspiration) ซึ่งวิธีนี้ช่วยให้บาดแผลของผู้ป่วยมีขนาดเล็กและทำให้มีโอกาสฟื้นตัวได้เร็วกว่า

### 3.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกสมองส่วนหน้า

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด แบ่งได้ 2 ด้านคือ การพยาบาลด้านจิตใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ปลอดภัยให้กำลังใจและอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษา ตามความเหมาะสม การพยาบาลด้านร่างกาย ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด โคนศีรษะและทำความสะอาดหนังศีรษะ จัดบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อเปรียบเทียบกับอาการหลังผ่าตัดว่าดีขึ้นหรือเลวลง ผู้ป่วยหรือญาติต้องลงนามในใบยินยอมการผ่าตัดให้เรียบร้อย ซักประวัติ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจ้องเลือด ผลการถ่ายภาพรังสีสมอง สวมใส่สวาระคาและต่อลงถุงที่ปิดสนิทก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 2 ประการคือ เพื่อสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจจะมิหลังผ่าตัด และเพื่อให้ส่วนต่างๆของร่างกายผู้ป่วยทำงานได้ตามปกติ พยาบาลจึงต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว และให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องทันท่วงที ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และไม่สูญเสียหน้าที่ของสมอง มีโอกาสฟื้นตัวได้เร็ว โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกควรให้ผู้ปวยนอนพักนิ่งๆ บนเตียง ให้นอนหงายราบหรือนอนตะแคงข้างที่ไม่ได้ทำการผ่าตัด โดยใช้หมอนรองศีรษะไว้ เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวให้ยกหมอนสูงได้เล็กน้อย ประมาณ 10 องศา บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการปกติประเมินลักษณะแผลและปริมาณของสิ่งคัดหลั่งจากบาดแผลที่ศีรษะทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาลผู้ป่วย พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ มึนศีรษะ ตามัว คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นช้า หายใจช้าและลึก ความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัว (systolic) สูงขึ้นมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ความดันเลือดขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) ปกติทำให้ค่าความดันชีพจรกว้างเกิน 60 มิลลิเมตรปรอท อาจเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยผ่าตัดสมองทุกรายควรให้ออกซิเจนเพื่อให้สมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และดูแลการหายใจให้เป็นไปตามปกติ โดยป้องกันการสำลักเอาสิ่งแปลกปลอมเข้าปอดและหลอดลมโดยให้ผู้ปวยนอนตะแคง ดูแลทำการดูดเสมหะในปากและคอให้สะอาดเมื่อพ้นระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดแล้ว ไม่มีอาการแทรกซ้อนที่ร้ายแรงใดๆ เกิดขึ้นถือว่าผู้ป่วยพ้นระยะอันตราย กำลังจะเข้าสู่ภาวะผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามปกติ การดูแลในระยะนี้ควรประกอบไปด้วย การทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคเลือดออกสมองส่วนหน้า นับเป็นพยาธิสภาพที่สำคัญชนิดหนึ่ง ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดมีพยาธิสภาพ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร และท้ายสุดอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การรักษาโรคเลือดออกสมองส่วนหน้า วิธีที่ดีที่สุดคือ การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเอาก้อนเลือดในสมองออก

กรณีศึกษา หญิงไทย อายุ 78 ปี รับประทานยาในโรงพยาบาลวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 15.35 น. อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลคือ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยล้มศีรษะกระแทกพื้นรู้สึกตัวดีได้รับการตรวจร่างกายผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบเลือดออกในสมองส่วนหน้าบริเวณศีรษะด้านขวาคะแนนการตรวจร่างกายทางระบบประสาทเท่ากับ 10 ผู้ป่วยล้มตาเมื่อเจ็บ ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ทำตามคำสั่งได้ แขนขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรงเล็กน้อย รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้างแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีเลือดออกในสมองส่วนหน้าบริเวณศีรษะด้านขวา(right frontal lobe hemorrhage) แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกเอาก้อนเลือดออก(craniotomy) เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยทำความสะอาดร่างกาย สระผมให้สะอาดเนื่องจากผู้ป่วยต้องโกนผมที่ห้องผ่าตัด งดอาหาร น้ำและยาทางปากทุกชนิดได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาลดกรด ranitidine เข้าเส้นเลือดดำ 50 มิลลิกรัมทันที ให้ยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 กรัมเข้าเส้นเลือดดำทันทีและ ceftriazone 2 กรัมเข้าเส้นเลือดดำก่อนเข้าห้องผ่าตัด ให้ยาลดสมองบวม 20% mannitol 300 มิลลิลิตร เข้าเส้นเลือดดำใน 30 นาที ใส่สายสวนคาโปสตาเว เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 13.00 น. และดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะทำการเคลื่อนย้ายในการทำผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 1,400 มิลลิลิตรได้รับเลือดชนิดที่เป็นเม็ดเลือดแดง

(Pack Red Cell) 710 มิลลิลิตรหลังได้รับเลือด ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงได้ร้อยละ 35.7 หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 18.00 น. แรกเริ่มประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จัดทำนอนให้ศีรษะสูง 15 องศาตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมสังเกตอาการชัก เกร็ง กระตุก คะแนนการตรวจร่างกายทางระบบประสาทเมื่อกลับจากห้องผ่าตัดเท่ากับ 6T ผู้ป่วยไม่ล้มตา รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง แขนขาอ่อนแรงมากทั้ง 2 ข้างหลังผ่าตัดไม่พบอาการชัก เกร็งกระตุก ทำการบันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 112 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอทใส่ท่อช่วยหายใจทางปากต่อกับเครื่องช่วยหายใจเบนเนดต์ 7200 เอ (Bennett 7200a) ชนิดให้เครื่องช่วยในการหายใจทั้งหมดเอง (mode CMV) ความเข้มข้นออกซิเจนร้อยละ 40 ปริมาตรอากาศที่ให้ 500 มิลลิลิตร อัตราการไหลของอากาศไปหาผู้ป่วย 40 ลิตรต่อนาที

อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที คุณแลดูดีเสมหะในท่อช่วยหายใจให้ เสมหะสีปกติ ปริมาณไม่มากวัดระดับความอึดตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้วได้ร้อยละ 98 อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อมาผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจออกได้รับออกซิเจนผ่านทางหน้ากากสำหรับให้ออกซิเจน (Oxygen face mask) ปริมาณออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจได้ดีไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้วร้อยละ 100 มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะแผลแห้งดีหลังถอดท่อช่วยหายใจ คะแนนการตรวจร่างกายทางระบบประสาทเท่ากับ 13 ผู้ป่วยสามารถพูดได้เป็นคำ ทำตามคำสั่งได้ดีได้ แขนขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรงเล็กน้อย รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง งคอาหารยกเว้นยา คุณแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ซึ่งปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกมีความสมดุลกันผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการพบผลอิเล็กโทรไลต์ปกติ โซเดียม 138 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.2 มิลลิโมลต่อลิตร คอโรไรด์ 104 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 27 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์จึงหยุดการให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดีใส่สายสวนคาปีสภาวะแพทย์อนุญาตให้ถอดสายสวนคาปีสภาวะผู้ป่วยสามารถปีสภาวะได้เอง วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2550 ผู้ป่วยไปรักษาตัวต่อที่ตึกศัลยกรรมประสาทรวมระยะเวลาที่รักษาในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท 13 วัน และอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านในวันที่ 29 มีนาคม 2550 ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน ถ้ามีอาการผิดปกติเช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวและมีไข้สูงให้รีบมาพบแพทย์ทันที ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อร่างกายการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งและให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 43 วันรับไว้ดูแลตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2550 ถึงวันที่ 29 มีนาคม 2550

#### 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

#### 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

กรณีศึกษา หญิงไทย อายุ 78 ปี เลขที่ภายนอก 8599/49 เลขที่ภายใน 3915/50 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรสหม้าย อาชีพรับจ้าง มาโรงพยาบาลวันที่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 15.35 น. อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยล้มศีรษะด้านซ้าย กระแทกพื้นรู้สึกตัวดี ได้มารับการตรวจร่างกายและรักษาที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าผลอิเล็กโทรไลต์ปกติ โซเดียม 140 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 136 - 145 มิลลิโมลต่อลิตร) โพแทสเซียม 3.8 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5 - 5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) คอโรไรด์ 101 มิลลิโมลต่อลิตร

(ค่าปกติ 100 – 110 มิลลิโมลต่อลิตร) คาร์บอนไดออกไซด์ 24 มิลลิโมลต่อลิตร(ค่าปกติ 22 - 32 มิลลิโมลต่อลิตร) ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงได้ร้อยละ 36.5 ได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือดดำ ชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 95 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท ได้รับออกซิเจนชนิด Cannula 3 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที คะแนนการตรวจร่างกายทางระบบประสาท (Glasgow's coma score) เท่ากับ 10 ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเจ็บ ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ทำตามคำสั่งได้ แขนขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรงเล็กน้อย รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 16.00 น. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดปกติ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่ามีเลือดออกในสมองส่วนหน้าบริเวณศีรษะด้านขวา (right frontal lobe hemorrhage) แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีเลือดออกในสมองส่วนหน้าบริเวณศีรษะด้านขวา แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกเอาก้อนเลือดออก (craniotomy with clot removal) เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยทำความสะอาดร่างกาย สระผมให้สะอาดเนื่องจากผู้ป่วยต้องโกนผมที่ห้องผ่าตัด งดอาหาร น้ำและยาทางปากทุกชนิด ได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือดดำ ชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาลดกรด ranitidine เข้าเส้นเลือดดำ 50 มิลลิกรัมทันที ให้ยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 กรัมเข้าเส้นเลือดดำทันทีและ ceftriazone 2 กรัมเข้าเส้นเลือดดำก่อนเข้าห้องผ่าตัด ให้ยาลดสมองบวม 20% mannitol 300 มิลลิลิตร เข้าเส้นเลือดดำใน 30 นาที ใส่สายสวนคาปัสสวาระ เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 13.00 น. และดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะทำการเคลื่อนย้ายในห้องผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 1,400 มิลลิลิตร ได้รับเลือดชนิดที่เป็นเม็ดเลือดแดง (Pack Red Cell) 710 มิลลิลิตรหลังได้รับเลือดความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงได้ร้อยละ 35.7 ความดันโลหิตระหว่างการผ่าตัด 90/60-145/70 มิลลิเมตรปรอท ใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 4 ชั่วโมง ปริมาณน้ำเข้า 3,150 มิลลิลิตร ปริมาณปัสสาวะออก 900 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 18.00 น. ทำการบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะลักษณะแผลแห้งดีจากการคะแนนการตรวจร่างกายทางระบบประสาทเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด เท่ากับ 6T ผู้ป่วยไม่ลืมตา รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง แขนขาอ่อนแรงมากทั้ง 2 ข้าง จัดทำนอนให้ศีรษะสูง 15 องศาตามแผนการรักษาของแพทย์หลังผ่าตัดสังเกตอาการชัก เกร็ง กระตุกไม่พบอาการชักเกร็งกระตุก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากสมองบวมทำการบันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5

องศาเซลเซียส อัตราการเดินของชีพจร 112 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอทใส่ท่อช่วยหายใจทางปากต่อกับเครื่องช่วยหายใจเบนเนตต์ 7200 เอ (Bennett 7200a) ชนิดให้เครื่องช่วยในการหายใจทั้งหมด (mode CMV) ความเข้มข้นออกซิเจนร้อยละ 40 ปริมาตรอากาศที่ให้ 500 มิลลิลิตร อัตราการไหลของอากาศไปหาผู้ป่วย 40 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาทีผู้ป่วยหายใจ 12 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 96 มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะด้านขวาตะแคงข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัด แผลแห้งดี ใส่สายให้อาหารทางรูจมูกงดอาหารยกเว้นยา ได้รับยาปฏิชีวนะเข้าเส้นเลือดดำชนิด cefazolin 1 กรัม ทุก 6 ชั่วโมงและ ceftriazone 2 กรัม ทุก 8 ชั่วโมง ยาแก้ปวด dilantin เข้าเส้นเลือดดำ 100 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ยาลดกรด ranitidine เข้าเส้นเลือดดำ 50 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาติดตามอาการปวดหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถประเมินระดับความปวดได้เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกรับรู้วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 22.00น. ผู้ป่วยเริ่มต้นเคาะแผนการตรวจร่างกายทางระบบประสาทเท่ากับ 11 ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้รูด่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง แขนข้างขวาอ่อนแรงเล็กน้อย แขนข้างซ้ายและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรงมาก อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเดินของชีพจร 60 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิต 125/70 มิลลิเมตรปรอทผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดีแพทย์ให้ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจเป็นชนิดการหายใจด้วยเครื่องสลับการหายใจเอง(mode SIMV) ความเข้มข้นออกซิเจนร้อยละ 40 ปริมาตรอากาศที่ให้ 500 มิลลิลิตร อัตราการไหลของอากาศไปหาผู้ป่วย 40 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 10 ครั้งต่อนาที นาที่ ดูแลดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจให้ เสมหะสีปกติ ปริมาณไม่มากหลังปรับเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจดี อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 98 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจจึงปรับเป็นชนิดเครื่องช่วยหายใจชนิดเพิ่มแรงดันบวก (mode CPAP) ออกซิเจนร้อยละ 40 ปริมาตรอากาศที่ให้ 500 มิลลิลิตร อัตราการไหลของอากาศไปยังผู้ป่วย 40 ลิตรต่อนาที หลังปรับชนิดเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจ 18 ครั้งต่อนาที นาที่ ความอึดตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้วร้อยละ 100 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แพทย์อนุญาตให้เริ่มอาหารทางสายยางปริมาณ 200 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อซึ่งรับได้ดี ให้สารน้ำเข้าเส้นเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มหายใจเองได้ ต่อมาจึงให้ออกซิเจนชนิดที-พีซ (T-piece) วัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 97 4 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจออก ได้รับออกซิเจนผ่านทางหน้ากากสำหรับให้ออกซิเจน (Oxygen face mask) ปริมาณออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจได้ดี อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้วร้อยละ 100 วัดสัญญาณชีพได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเดินของชีพจร 70 ครั้งต่อนาทีเพิ่มปริมาณอาหารที่ให้ทางสายยางเป็น 300 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อซึ่งรับได้ดี วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 08.00น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้น เคาะแผนการตรวจร่างกายทางระบบ



ประสาท เท่ากับ 12 ทำตามคำสั่งได้ ลืมตาได้เอง ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 มีผลผ่าตัดที่ศีรษะแพทย์ให้ตัดไหมได้จึงตัดไหมให้ ลักษณะแผลแห้งดี ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ พบความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงได้ร้อยละ 36 และอิเล็กโทรไลต์ปกติ โซเดียม 138 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.2 มิลลิโมลต่อลิตร ครอโรไรด์ 104 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 27 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์จึงหยุดการให้สารน้ำเข้าเส้นเลือดดำ หยุดการให้ยาปฏิชีวนะในวันที่ 1 มีนาคม 2550 และส่งปรึกษาหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2550 แพทย์จึงอนุญาตให้ไปรักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องมีการส่งต่อปัญหาได้แก่ ปัญหาด้านการหายใจ ปัญหาด้านสมองสังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปัญหาอาจเกิดภาวะสารน้ำ และอาหารไม่สมดุล รวมระยะเวลาที่รับการรักษาในหออภิบาลศัลยกรรมประสาทจำนวน 13 วัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทวันที่ 27 มีนาคม 2550 เข้าเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ได้รับการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่า โปรแทสเซียมในเลือดค่า 3.3 มิลลิโมลต่อลิตร ดูแลให้ได้รับ Elixer KCL 30 มิลลิตร รับประทานทุก 4 ชั่วโมง 3 ครั้งหลังอาหาร เยี่ยมอาการครั้งที่ 2 วันที่ 5 มีนาคม 2550 ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่า โปรแทสเซียมในเลือดค่า 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร เยี่ยมครั้งที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 12 มีนาคม 2550 ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติช่วยเหลือตนเองพอได้ ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพทุกวันทั้งหน่วยกายภาพวันที่ 29 มีนาคม 2550 แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน พยาบาลได้ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวและมีไข้สูงให้รีบมาพบแพทย์ทันทีให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อร่างกาย การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 43 วัน

#### 7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะเลือดออกในสมอง และระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงอาจเกิดเลือดออกซ้ำและสมองบวมมากขึ้นซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตจึงต้องดูแลจัดทำอนศิริระสูง 15 องศาตามแผนการรักษาแพทย์ เพื่อให้การไหลกลับของเลือดสะดวก ลดการบวมของสมองต้องให้การดูแลโดยการบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางสมองสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกสูงเช่น ชัก เกร็งกระตุก ระดับความรู้สึกตัวลดลง การเคลื่อนไหวไม่พบของแขนขาตกลงผู้ป่วยรายนี้ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้นตามลำดับไม่พบอาการ ชัก เกร็ง กระตุกไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากสมองบวมในด้านการหายใจ หลังผ่าตัดต้องใส่เครื่องช่วยหายใจขาดประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่งให้การพยาบาลโดยการดูแลระบบบันทึกสัญญาณชีพและความ

อิมตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้วถ้าผู้ป่วยได้รับสมองไม่เพียงพอจะทำให้สมองบวมในผู้ป่วยรายนี้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้จนกระทั่งสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2550 ได้รับออกซิเจนผ่านทางหน้ากากสำหรับให้ออกซิเจน (Oxygen face mask) ปริมาณออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจได้ดีไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความอิมตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้วร้อยละ 100นอกจากนี้ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และจากการสอดใส่สายต่างๆเข้าสู่ร่างกายสังเกตลักษณะแผลผ่าตัดและทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อแผลแห้งดี สังเกตบริเวณให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำอาการบวมแดงในผู้ป่วยรายนี้บริเวณให้สารน้ำไม่มีอาการบวมแดงเสี่ยงต่อภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร และอิเล็กโทรไลต์หลังผ่าตัดวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2550 งดน้ำงดอาหารยกเว้นยาวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2550 แพทย์อนุญาตให้เริ่มอาหารทางสายยางซึ่งผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ดีและให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี ปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกมีความสมดุลกันผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากผลคุกคามของโรคที่มีต่อร่างกายและจิตใจ และวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านในผู้ป่วยรายนี้ได้ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ญาติได้รับข้อมูลและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปพักผ่อนที่บ้าน

ให้การพยาบาล ศึกษาติดตามผลและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 13 วัน และติดตามเยี่ยมอาการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทจำนวน 3 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ รู้สึกตัวดี แขนขาแรงดีทั้งสองข้างได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเป็นแนวทางใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกสมองส่วนหน้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบปัญหาดังต่อไปนี้ ด้านการหายใจ ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วย เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และมีผลต่อสมอง ทำให้สมองบวม ดังนั้นจึงต้องดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ปัญหาทางด้านระบบประสาท ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนจากรอยโรค และการผ่าตัด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอาจเกิดเลือดออกซ้ำจะนั้นต้องให้การดูแลโดยการเฝ้าระวัง และประเมินผู้ป่วยทั้งทางด้านระบบประสาท คือระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวต่างๆ และด้านสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ปัญหาอาจเกิดภาวะสารน้ำ และอาหารไม่สมดุล ผู้ป่วยรายนี้หลังผ่าตัดวันที่ 16 กุมภาพันธ์

2550 งดน้ำและอาหารทางสายยางในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2550 แพทย์อนุญาตให้เริ่มอาหารทางสายยางซึ่งผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ดี วันที่ 14 มีนาคม 2550 เริ่มให้รับประทานอาหารอ่อนไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีแผลผ่าตัดอาจมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อประมิมลักษณะแผลผ่าตัดทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาล ให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ สังเกตอาการบวม แดงบริเวณให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำและใส่สายสวนคาปัสสาวะ ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย และญาติ เกิดความวิตกกังวลได้แนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน แนะนำ อธิบายตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย และญาติ

#### 10. ข้อเสนอแนะ

1. นำนวัตกรรมแนวทางใหม่ๆ ที่ได้จากการนำผลงานการวิจัยหรือความรู้เชิงประจักษ์ต่างๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระสังคม
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ โดยจัดกลุ่มญาติผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกันมาให้ความรู้โดยเน้นในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย
3. โรงพยาบาลควรส่งเสริม จัดหาทุนให้พยาบาล ในหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาทได้รับความรู้ทางวิชาการ การรักษาพยาบาลใหม่ ๆ อยู่เสมอ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ) ..... ปราณี จันทร์ประทีป .....

(นางสาวปราณี จันทร์ประทีป)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) ..... 2 ก.ย. 2552 .....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... [ลายเซ็น] .....

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่) ..... 3 ก.ย. 2552 .....

(ลงชื่อ)..... [ลายเซ็น] .....

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่) ..... 4 ก.ย. 2552 .....

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ของ นางสาวปราณี จันทระประทักษ์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 994) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ

วชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

เรื่อง การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนย้ายออกจากไอ.ซี.ยู

#### หลักการและเหตุผล

เนื่องจากผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองส่วนใหญ่ที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความพิการไม่รู้สึกรู้สียง และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและพักฟื้นในโรงพยาบาลนานส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาเช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับและข้อติดแข็งเป็นต้น

ผู้ป่วยอัมพาตร้อยละ 70 จะต้องพึ่งพาญาติหรือผู้ดูแลทั้งในด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การเดินทางติดต่อสื่อสารจนเกิดความท้อแท้สิ้นหวังซึมเศร้าและหากไม่ได้รับการดูแลที่ดียังอาจเป็นอัมพาตซ้ำได้ยิ่งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ขาดรายได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นหลังผู้ป่วยเป็นอัมพาต ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเดินได้สามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่ลำบาก พุดคุยสื่อสารได้รู้เรื่องราวรวมถึงมีพลังใจยืนหยัดต่อสู้ชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวต้องเรียนรู้ เพื่อการปฏิบัติให้ดีคือการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะย้ายออกจากไอ.ซี.ยู

#### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ก่อนย้ายออกจากไอ.ซี.ยู.
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วที่สุด
3. เพื่อลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและญาติ

#### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนย้ายออกจากไอ.ซี.ยู.ได้ใช้รูปแบบการวางแผนการเตรียมความพร้อมเป็นแบบประเมินติดตามการดูแลและให้ข้อมูลโดยใช้ METHOD Model และ C3THER + HELP ซึ่งเป็นรูปแบบที่สื่อความหมายในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละคนปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาเพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมที่ดีที่สุดผู้ป่วยที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงก่อให้เกิดความผิดปกติในหน้าที่การทำงานของสมองอาจเกิดความพิการทางกาย สติสัมปชัญญะ ความรู้สึกรู้สียง จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่สามารถ

ช่วยเหลือตัวเองได้ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน สูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาลหรือเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้มีการเจ็บป่วยซ้ำต้องกลับมาอยู่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง เกิดภาวะความเครียด ความกลัว วิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและญาติตามแนวคิดข้างต้น เริ่มต้นด้วยการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรกรับไว้ในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท การวางแผนการดูแลให้คำแนะนำปรึกษาจากการประเมินผลอัตราความพึงพอใจของญาติต่อการบริการพยาบาลและแบบประเมินผลเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยสู่การดูแลอย่างต่อเนื่องของหออภิบาลศัลยกรรมประสาทและนำเสนอในที่ประชุมประจำเดือนของหออภิบาลศัลยกรรมประสาท

เพื่อนำไปสู่การเตรียมพร้อมที่ดีที่สุด โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 4 ขั้นตอนคือ

1. เสนอโครงการต่อหัวหน้าตึกเพื่อทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการประโยชน์ที่จะได้รับ
2. ประชุมสมาชิกในการจัดทำแนวทางในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติโดยให้พยาบาล ผู้รับผิดชอบ วินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลในภาวะปัจจุบัน การคาดการณ์ล่วงหน้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาวเกี่ยวกับความต้องการดูแล ที่บ้านหลังการจำหน่าย
3. ปฏิบัติตามแผนการเตรียมความพร้อมร่วมกำหนดแผนการจำหน่ายระหว่างทีมสหสาขาผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมายและวิธีการประเมินผลตามรูปแบบ METHOD ที่สื่อความหมายในการปฏิบัติพยาบาลผู้รับผิดชอบเป็นผู้วางแผนและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ด้วยวิธีการสอน การสาธิตให้คำปรึกษา และติดต่อประสานงานระหว่างทีมสหสาขาการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร
4. ประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยใช้ทักษะการสังเกตการณ์ การสอบถาม และให้ญาติทดลองปฏิบัติ

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. สามารถลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและญาติ
2. ลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ และข้อติดแข็ง
3. ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
4. เป็นผลดีต่อสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
5. ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมทุกๆ ด้านที่จะกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุข

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเอง ก่อนย้ายออกจากไอ.ซี.ยู. ได้มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....ปราณี จันทร์ประทีป

(นางสาวปราณี จันทร์ประทีป)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)..... 2 . ก. ย. 2552 .....