

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกหลังผ่าตัด

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลดูแลสุขภาพภายในช่องปากผู้ป่วย

เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เสนอโดย

นางสาวเนาวรัตน์ พรหมหาญ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 190)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักงานแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกหลังผ่าตัด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 วัน (ตั้งแต่วันที่ 12 เมษายน 2552 ถึงวันที่ 21 เมษายน 2552 )
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

**การบาดเจ็บที่ศีรษะ** หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงเข้ามากระทบต่อศีรษะแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมองกับเส้นประสาทสมอง (ศุภโชค จิตราวิช, 2547:75)

**อาการและอาการแสดง** ที่เป็นการบ่งบอกว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะวิกฤต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวจะลดลงกว่าเดิมซึ่งเกิดจาก 2 ปัจจัย คือเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงทำให้แรงดันกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง สมองจึงขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีการเคลื่อนที่เกิดการยื่นย้อยของเนื้อสมองไปกดศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวที่ก้านสมอง โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงเฉพาะที่ทางระบบประสาท คือ การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาทั้งขนาด และปฏิกิริยาของรูม่านตา ต่อแสงสว่าง อาจเป็นข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง คือ รูม่านตามีขนาดโตขึ้น มีปฏิกิริยาต่อแสงน้อยลงหรือ ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงอาจจะเป็นข้างใดข้างหนึ่ง โดยเฉพาะข้างเดียวกับที่มีรอยโรคเกิดขึ้น และเมื่อมีการคุกคามมากๆ จะเกิดทั้งสองข้าง และการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวแขน ขา ข้างใดข้างหนึ่ง โดยเฉพาะด้านตรงข้ามที่มีรอยโรคในสมองจะเกิดการอ่อนแรงมีการเคลื่อนไหวน้อยลง หรือไม่มีการเคลื่อนไหว เนื่องจากเส้นประสาทและศูนย์ควบคุมการทำงานที่เกี่ยวข้องกับรูม่านตาและการเคลื่อนไหวถูกกดเบียด จึงทำให้มีการทำงานน้อยลงหรือไม่ทำงาน เป็นการสูญเสียหน้าที่ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ซึ่งจะพบในระยะแรกๆที่เริ่มมีความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพ ในทางที่เลวลง เรียกปฏิกิริยาตอบสนอง คushing (Cushing's response) คือ ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น โดยที่ความดันไดแอสโตลิกไม่สูงขึ้นจากเดิม จึงทำให้ความแตกต่างระหว่างความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก (pulse pressure) กว้างขึ้น การเต้นของชีพจรจะเกิดภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (bradycardia) และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการหายใจเนื่องจากความดันในโพรงกะโหลกสูง จะทำให้เกิดการยื่นย้อยของเนื้อสมองกดศูนย์หายใจที่อยู่ในพอนส์และเมดัลลา ซึ่งหากไม่ได้รับการป้องกันแก้ไขจะทำให้ไม่รู้สึกตัวและโอกาสรอดชีวิตลดลง

**การวินิจฉัยโรค** การบาดเจ็บที่ศีรษะถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการวินิจฉัยและการประเมินที่ถูกต้องเหมาะสมโดยเร็ว การวินิจฉัยที่ดีจะต้องประกอบไปด้วย การซักประวัติควรซักประวัติทั้งจากผู้ป่วยและผู้เห็นเหตุการณ์ หรือผู้นำส่งโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดต่างๆ การตรวจร่างกายและข้อมูลทางคลินิก การตรวจศีรษะและใบหน้าเพื่อสำรวจรายละเอียดต่างๆ การประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ตรวจดูขนาดของม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง การตรวจการเคลื่อนไหวของลูกตา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**การตรวจวิเคราะห์พิเศษ** การตรวจภาพถ่ายรังสีที่กะโหลก (skull x-ray) การตรวจภาพถ่ายรังสีสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT-scan)

## การรักษา

1. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะแรกต้องดูแลระบบทางเดินหายใจและสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต เพื่อให้ร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ รวมทั้งประเมินมีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นร่วมด้วยหรือไม่
2. การผ่าตัด Craniotomy, Craniectomy, Burr hole, Ventriculostomy, Ventriculo-atrial shunt, Ventriculo-peritoneal shunt

## การพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันที เนื่องจากถือว่าอยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ทั้งนี้ที่ผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะร่วมกันในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและจะต้องประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วโดยครอบคลุมดังนี้

1. ชักประวัติการบาดเจ็บอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จากผู้ป่วย ญาติ ผู้เห็นเหตุการณ์
2. การประเมินอาการทางระบบประสาทเพื่อทราบความผิดปกติของระบบประสาทตลอดจนความรุนแรงของการบาดเจ็บ
3. การตรวจทางรังสี ได้แก่ การถ่ายภาพกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่พูด ไม่สามารถทำตามสั่ง หรือมีการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง โดยมีคะแนนตามแบบประเมินความรู้สึกตัวเท่ากับ 8 หรือน้อยกว่า ควรให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้หลัก ABC ต่อไป

## การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล วางแผนร่วมมือกับแพทย์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ปลอดภัยและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าขณะอยู่ในห้องผ่าตัดหรือภายหลังการผ่าตัดจะได้รับการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม เพื่อลดความวิตกกังวลและมีความเข้าใจและวิธีปฏิบัติอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเซ็นยินยอมรับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องให้ผู้ปกครองเซ็นอนุญาต เพื่อป้องกันการฟ้องร้องที่จะเกิดขึ้นภายหลังได้

2. การเตรียมร่างกาย เตรียมบริเวณผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เชื้ออาหารและน้ำทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด ควรเจาะเลือดส่งไปธนาคารเลือดทันที เพื่อธนาคารเลือดจะเตรียมเลือดได้ทัน การใส่สายสวนปัสสาวะ ป้องกันการคั่งของปัสสาวะ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสี ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท

## การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง โดยการเพิ่มการไหลกลับของหลอดเลือดดำ ดูแลให้การระบายอากาศของปอดเป็นไปได้ดี ไม่มีภาวะอุดตัน หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันช่องท้อง (Valsalva maneuver) หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยบ่อยๆ วางแผนการทำกิจกรรม

พยายามในช่วงเวลาเดียวกัน ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระบบประสาท (ประเมินตามตารางกลาสโกว์ โคม่า สเกล) รักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ

2. การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคงภาวะสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยบันทึกปริมาณ ลักษณะ สี และวัดค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะทุกชั่วโมง วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการ ที่ผู้ป่วยภาวะขาดน้ำ บันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมง ติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าความเข้มข้นของซีรัม หากผิดปกติควรรายงานแพทย์

3. การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผล ในผู้ป่วยที่มีท่อระบาย (redivac drain) ดูแลให้มีการระบายโดยสะดวกไม่ให้เกิดการหักพับ งอ สังเกตผ้าพันแผลบริเวณศีรษะหากรัดแน่นเกินไป อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะได้ ต้องพันผ้าให้ผู้ป่วยใหม่ ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด craniectomy ห้ามใช้ผ้ายืด (elastic bandage) พันรอบศีรษะ หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่ทำการผ่าตัด ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล ไม่รบกวนผู้ป่วยตลอดเวลา พยายามทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาเดียวกัน

4. การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัดสมอง ปอดอักเสบติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเปิดทำแผลแบบทำแผลแห้ง (dry dressing) และเปิดทำทุกวัน จนกว่าจะตัดใหม่ ทำแผลโดยเทคนิคปราศจากเชื้อ ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ประเมินสภาวะของปอด ดูแลเสมหะด้วยเทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อ ติดตามผลการตรวจทางโลหิตวิทยา และผลการเพาะเชื้อของเสมหะ ผลการเพาะเชื้อของปัสสาวะ

5. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา แนะนำระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่ อธิบายอุปกรณ์ต่างๆ รอบตัวผู้ป่วยกับญาติ ใกล้ชิด เพื่อเข้าใจต่อประโยชน์ของอุปกรณ์นั้นๆ เปิดโอกาสให้ญาติได้ถาม ระบายความรู้สึก ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้การช่วยเหลือรวดเร็วแก่ผู้ป่วย ตอบสนองต่อคำบอกของญาติทันที

#### แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Majorjory Gordon)

2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่เกิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

##### สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การบาดเจ็บสมอง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของเกือบทุกประเทศทั่วโลก ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่มักเป็นเพศชายอายุน้อย สาเหตุสำคัญเกิดจากอุบัติเหตุการจราจรประมาณร้อยละ 10 ของผู้บาดเจ็บที่ได้รับบาดเจ็บชนิดรุนแรง ซึ่งส่วนหนึ่งเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ ส่วนผู้รอดชีวิตมักจะมี ความพิการทั้งทางร่างกายและ

จิตใจ บางรายแม้จะรอดชีวิตแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดชีวิตกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตหรือพิการ ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทุกคนควรได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยแก้ไขและป้องกันการบาดเจ็บของสมองมิให้เกิดขึ้นจากสถิติโรงพยาบาลตากสิน (พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2552) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2550 จำนวน 64 ราย ปีงบประมาณ 2551 จำนวน 64 ราย และปีงบประมาณ 2552 จำนวน 166 ราย

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าตำราเกี่ยวกับโรคบาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury : subdural hematoma) และทฤษฎีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

2. กรณีศึกษา ชายไทยอายุ 38 ปี รับประทานในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2552 รับประทานในควมดูแลเมื่อวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2552 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก บาดเจ็บที่ศีรษะ และมีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมอง (head injury and subdural hematoma) ได้รับการผ่าตัด left craniotomy remove blood clot เมื่อวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2552 หลังผ่าตัดย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก วันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2552 ระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ ไม่ลืมตา ทราบตำแหน่งที่ 7 แขนขาข้างขวาอ่อนแรงมาก แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะด้านซ้าย ใส่สายยางระบายเลือด ระหว่างที่อยู่ในความดูแลพบข้อวินิจฉัย การพยาบาลทั้งหมด 8 ข้อ ได้รับการแก้ไขให้หมดไปทุกข้อ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2552

3. นำข้อมูลกรณีศึกษา ที่รวบรวมได้มาจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการและนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการด้านกรณีศึกษาทั้งหมดร้อยละ 100 มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา ชายไทยอายุ 38 ปี อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลเนื่องจาก 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยดื่มสุราเมาตลบับได้ 3 ชั้น ศีรษะกระแทกพื้น ไม่สลบ วันนี้ผู้ป่วยซึมลงปลุกไม่ตื่น อาเจียนเป็นเศษอาหาร 1 ครั้ง มีปีศาจระาด แขนขาข้างขวาอ่อนแรงมาก ญาตินำส่งโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2552 ระดับความรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง พูดเป็นคำๆ ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (E<sub>4</sub>V<sub>3</sub>M<sub>2</sub>) รูม่านตา ทั้ง 2 ข้าง 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบมีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา การวินิจฉัยโรคครั้งแรกบาดเจ็บที่ศีรษะและมีเลือดออกในโพรงกะโหลก บริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (head injury and subdural hematoma) แพทย์รับไว้รักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด left craniotomy remove blood ในวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2552 ใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ระหว่างทำการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ สูญเสียเลือดจำนวน 400 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก วันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีแผลผ่าตัด

ศีรษะด้านซ้าย ใต้สายยางระบายเลือด ระดับความรู้สึกตัว ไม่ลืมตา ทราบตำแหน่งที่เจ็บ ( $E_4V_7M_5$ ) แขนขาข้างขวาอ่อนแรงมาก แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย ให้สารน้ำชนิด 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร ในอัตรา 100 ครั้ง/ชั่วโมง งดน้ำงดอาหาร ยาที่ได้รับ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ยา Losec 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ยา Dilantin 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ยา Plasil 10 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัดตั้งแต่วันที่ 13-16 เมษายน พ.ศ. 2552 ระดับความรู้สึกตัว ลืมตาได้เองทำตามสั่งได้ ( $E_4V_7M_5$ ) รูม่านตาทั้ง 2 ข้าง 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี แขนขา 2 ข้าง เคลื่อนไหวได้ ข้างซ้ายแรงดีกว่าข้างขวา Motor power แขนขาข้างซ้ายเกรด IV แขนขาข้างขวาเกรด III วันที่ 14 เมษายน พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อ หลอดลมคอได้ ถอดสายยางระบายเลือดและสิ่งคัดหลั่งจากแผล แผลที่ศีรษะแห้งดี ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2552 ย้ายผู้ป่วยออกจากหอบำบัดผู้ป่วยหนัก ไปตึกศัลยกรรมชาย เวลา 16.30 น. การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย บาดเจ็บที่ศีรษะ และมีเลือดออกในโพรงกะโหลกบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมอง (head injury and subdural hematoma) แพทย์อนุญาต ให้กลับบ้านได้ในวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2552 นัดมาตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2552 ขณะที่อยู่ในความดูแล ได้พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 8 ข้อ และได้ให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

**ปัญหาที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. สมองได้รับความกระทบกระเทือน ทำให้มีก้อนเลือดคั่งในโพรงกะโหลกบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมอง กลาสโกว์ โคม่า สกอร์ 12 คะแนน ( $E_4V_3M_5$ )

2. ผู้ป่วยซึมลงหลังผ่าตัดกะโหลกศีรษะ กระแทกพื้น ผลถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์สมอง พบว่ามีเลือดออกในโพรงกะโหลกบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมอง

**จุดประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงของผู้ป่วย โดยการตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 15 - 30 นาที ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก จนอาการคงที่ และติดตามทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา การอ่อนแรงของแขนขา อาการชักเกร็ง ความดันโลหิตชีพจร วัดและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วมือทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยให้หนุนหมอนบางๆ เพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ไม่ให้คอพับ ช่วยให้เลือดไหลเวียนจากสมองกลับสู่หัวใจได้สะดวก ลดการคั่งของเลือดในสมอง ดูแลท่อหลอดลมคอให้อยู่ในตำแหน่งเดิมไม่มีการเลื่อนหลุด

3. อธิบายเหตุผลการตรวจสอบอาการทางระบบประสาทให้ครอบครัวและญาติเข้าใจว่า การตรวจสอบบางครั้งต้องใช้แรงกระตุ้นเจ็บ

4. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกวิธี เพื่อลดการทำงานของเซลล์สมอง

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2552 เวลา 08.00 น.

**ปัญหาที่ 2** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการชักเกร็ง กระตุก เนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บ เซลล์ประสาทในสมองถูกรบกวน

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. กลาสโกว์ โครมา สกอร์ 12 คะแนน ( $E_4V_3M_5$ )

2. สมองได้รับการกระทบกระเทือน ผลถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์สมองพบมีเลือดออกในโพรงกะโหลกบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมอง

**จุดประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการชักเกร็ง กระตุก

**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททุก 15-30 นาทีในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก จนอาการคงที่วัดทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา การอ่อนแรงของ แขนขา อาการชักเกร็ง ความดันโลหิต ชีพจร เพื่อทราบความเปลี่ยนแปลง

2. สังเกต บันทึกอาการชักเกร็ง กระตุกของผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านชัก และได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 16 เมษายน พ.ศ.2552 เวลา 16.00 น.

**ปัญหาที่ 3** ครอบครัวและญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. จากลักษณะท่าทางที่กระสับกระส่ายของญาติที่แสดงถึงความวิตกกังวล

**จุดประสงค์ทางการพยาบาล** ครอบครัวและญาติผู้ป่วยเข้าใจคลายความวิตกกังวลลง

**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและญาติผู้ป่วยด้วยกิจรยาที่อ่อนโยนและเป็นมิตร เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ

2. อธิบายอาการของผู้ป่วย การรักษา และการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดให้พบแพทย์ผู้รักษาเพื่อญาติจะได้สอบถามปัญหาข้อข้องใจเกี่ยวกับการรักษา

3. อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ขณะที่รักษาตัวอยู่ในหอบำบัด ผู้ป่วยหนักว่าจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยแพทย์และพยาบาล รวมถึงอธิบายถึงระเบียบการเยี่ยม การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่โรงพยาบาล และให้คำแนะนำและช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งญาติต้องปฏิบัติ

**การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2552 เวลา 22.00 น.

**ปัญหาที่ 4** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจ มีเสียงเสมหะ หลังกลับจากห้องผ่าตัด

2. มีไข้ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส

**จุดประสงค์การพยาบาล** เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนเพียงพอ

**กิจกรรมการพยาบาล** 1. จัดท่านอน ไม่ให้คอพับ ทางเดินหายใจโล่ง ลิ้นไม่ตก นอนตะแคงกึ่งคว่ำ หันหน้าไปทางด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ พร้อมทั้งดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการดูดเสมหะที่มีการดูดก้นออกให้หมด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และตรวจสอบการหายใจของผู้ป่วยว่าสัมพันธ์กับเครื่องหรือไม่ จดบันทึกการใช้เครื่องทุกแควรวินละ 3 ครั้ง

2. เช็ดตัวลดไข้ ห่มผ้าบางๆ ให้ออนบนที่นอนที่มีเครื่องทำความเย็น และ วัดบันทึก สัญญาณชีพทุก 15 นาที จนสัญญาณชีพคงที่ สังเกตการหายใจ

3. วัดและจดบันทึกค่าความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้วมือทุกหนึ่งชั่วโมง เพื่อ ประเมินภาวะขาดออกซิเจนของผู้ป่วย สังเกตภาวะเขียวตามริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าพร้อมทั้งบันทึกอาการ ทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน

การประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2552 เวลา 08.00 น.

**ปัญหาที่ 5** ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยสูญเสียเลือด 400 มิลลิลิตร ในระหว่างผ่าตัด

2. ปริมาณน้ำเข้ามากกว่าปริมาณน้ำออก

**จุดประสงค์การพยาบาล** มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยว่ามีภาวะขาดน้ำหรือเกลือแร่หรือไม่ โดย สังเกตจากผู้ป่วย ปากแห้ง ผิวแห้งแตก มีอาการอ่อนเพลีย ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำในปริมาณ ที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

2. วัดสัญญาณชีพและจดบันทึกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ hypovolemic shock และ สังเกตอาการ ระดับความรู้สึกเปลี่ยนไป สับสน กระสับกระส่ายเหงื่อออกตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

3. บันทึกปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกายและปริมาณปัสสาวะที่ออก สังเกตสีของปัสสาวะ

4. ติดตามผลการตรวจหาค่าอิเล็กโทรไลต์ ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 17 เมษายน พ.ศ.2552 เวลา 16.00 น.

**ปัญหาที่ 6** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่การติดเชื้อ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเพิ่มหลัง ผ่าตัด เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากมีแผลผ่าตัดสมอง และได้รับยาที่เกิดการระคายเคือง

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะด้านซ้าย

2. ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ และใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิดหลังผ่าตัด และได้รับยาที่ระคายเคืองต่อ ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ Cefazolin

4. ผู้ป่วยสวนคาสาขสวนปัสสาวะ

**จุดประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2. วัดและบันทึกอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อของผู้ป่วย

3. ดูแลแผลอย่างปราศจากเชื้อ (sterile technique) สังเกตและบันทึกลักษณะสีของ แผลที่ดูออกมาทุกครั้ง เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ

4. เจาะเลือดส่งตรวจทางโลหิตวิทยา เพื่อประเมินอาการติดเชื้อ

5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา



6. สังเกตบริเวณรอบท่อนระบายเลือดจากแผลผ่าตัด มีลักษณะอาการแสดงของการอักเสบ ติดเชื้อ เช่น อาการปวด บวม แดง ร้อน หรือสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด มีสี กลิ่น จำนวนผิดปกติหรือไม่ เพื่อประเมินการติดเชื้อ

7. สังเกตอาการปวดท้อง และการจับถ่ายอุจจาระดำ เพื่อประเมินว่ามีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารหรือไม่

8. ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ สายสวนปัสสาวะ จัดวางตำแหน่ง ถุงรองรับปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับลำตัวผู้ป่วย สายสวนไม่หักพับงอ เพื่อให้ปัสสาวะไหลได้สะดวก ไม่ไหลย้อนกลับ ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

การประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2552 เวลา 08.00 น.

**ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้**

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยนอนนิ่ง ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้ ผิวหนังแห้ง

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด craniotomy และไม่สามารถควบคุมการจับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้

**จุดประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

**กิจกรรมการพยาบาล** 1. พลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่มีรอยแดง ขนาดเบา ๆ บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ทุกครั้งที่พลิกตัว ยกเว้นบริเวณที่มีรอยแดง ซึ่งไม่จางหายไป ภายใน 30 – 45 นาที

2. ทำความสะอาดร่างกายทุกวันด้วยสบู่อ่อนๆ และน้ำเช็ดสบู่ออกจนหมด ถ้าผิวหนังแห้งใช้โลชั่นทาผิวหลังเช็ดตัว รักษาความสะอาดของผิวหนังไม่ให้ชื้นและหรือแห้งเกินไป ปูที่นอนให้เรียบตึง อยู่เสมอ ผ้าปูที่นอนสะอาด และแห้งตลอดเวลา

3. ตรวจสอบและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังทุกครั้งที่พลิกตัว ได้แก่ รอยแดง พุพอง สีผิดปกติ หรืออาการระคายเคือง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ไบหู และบริเวณ ที่ติดพลาสติก

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 14 เมษายน พ.ศ.2552 เวลา 08.00 น.

**ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาท และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน**

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการดูแลตัวเองอย่างไร เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ผู้ป่วยและญาติแสดงความวิตกกังวล

**จุดประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

**กิจกรรมการพยาบาล** 1. อธิบายถึงสาเหตุของภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะพอสังเขป เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเกิดโรค เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

2. ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก และผลไม้ แนะนำให้ผู้ป่วยงดดื่มสุรา หรือของมีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

3. แนะนำเรื่องการพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เนื่องจากหลังผ่าตัด ร่างกายยังไม่กลับคืนสู่สภาพเดิม ร่างกายต้องการการพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายตามความเหมาะสม

4. ให้ไปคำแนะนำวิธีสังเกตอาการทางระบบประสาท หากมีอาการดังนี้ ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน มีอาเจียนพุ่ง ชักเกร็ง กระตุก

5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการมาตรวจตามแพทย์นัด

**การประเมินผล** ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2552 เวลา 10.00 น.

#### 7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 10 วันและเยี่ยมจำนวน 8 ครั้ง พบว่าปัญหาทั้ง 8 ข้อ ได้รับการแก้ไขพร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

#### 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ทราบถึง ภาวะวิกฤต พยาธิสภาพ ของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ
2. สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดนำก้อนเลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนำก้อนเลือดออกสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด

#### 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ หลังการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดจากบาดแผล ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากมีอุปกรณ์การแพทย์ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งมีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างขวา การสื่อสารลำบากจากพูดไม่ได้ ใช้เวลาในการอธิบายและสอนผู้ป่วยเป็นเวลานาน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะยังมีความพิการ แขนขาขวาอ่อนแรงต้องใช้ระยะเวลาในการทำกายภาพและฟื้นฟูร่างกาย
3. แหล่งข้อมูลที่ใช้ประกอบการดำเนินค่อนข้างน้อย เช่น ตำรา หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพยาบาล และดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ

#### 10. ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรควรมีความรู้ และสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย รวมทั้งให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
2. ควรจัดให้มีการทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อจะได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. จัดทำเอกสารหรือแผ่นพับในเรื่องการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง และการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติ หรือผู้ป่วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข  
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ นางสาวเนาวรัตน์ พรหมหาญ

(นางสาวเนาวรัตน์ พรหมหาญ)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 19 / ๗.ค. / 2554

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ นางนันทวัน จาตุรันต์วัฒน์

(นางนันทวัน จาตุรันต์วัฒน์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

วันที่ 19 / ๗.ค. / 2554

ลงชื่อ นางกิตติยา ศรีเลิศฟ้า

(นางกิตติยา ศรีเลิศฟ้า)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน

วันที่ 19 / ๗.ค. / 2554

### เอกสารอ้างอิง

- โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ยุทธรินทร์, 2541
- ทิพภาพร ตังอำนาจ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- ประนอม หนูเพชร. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง. สงขลา : ชาญเมืองการพิมพ์, 2546.
- วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์ , 2546.
- ศุภโชค จิตรวานิช. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. หน้า 75-82.  
 ในสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย. บรรณาธิการ, The NAT Updated Course 2004. ชมรมพยาบาลประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2547.

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ของนางสาวเนาวรัตน์ พรหมหาญ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 190) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานการแพทย์

**เรื่อง** การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลดูแลสุขภาพภายในในช่องปากผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด  
ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

#### หลักการและเหตุผล

พยาธิกำเนิดของปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital – acquired pneumonia : HAP) ปอดอักเสบ ที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia : VAP) เกิดจากมีเชื้อโรคลุกลามไปในทางเดินหายใจส่วนล่างบริเวณถุงลม ถ้ามีเชื้อปริมาณมากหรือมีความรุนแรงจนร่างกายกำจัดไม่ได้ จนเกิดโรคสาเหตุที่เชื้อโรคลงไปในถุงลมได้ในคนที่ใส่เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่เกิดจากสำลักเอาสารคัดหลั่ง บริเวณคอหอย บริเวณ subglottis บริเวณ sinus หรือเหนือท่อ endotracheal tube ซึ่งผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมากกว่า 5 วัน จะพบว่า มีเชื้อแบคทีเรียชนิดแท่งดิดีแกรมลบ และ staphylococcus aureus สะสมในบริเวณ คอหอยได้มาก ดังนั้นการทำความสะอาดในช่องปากผู้ป่วย จะเป็นการป้องกันการเจริญของเชื้อบริเวณ oropharynx และลดความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (วรรณนา เพ็ชรยัง, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, พิกุล บุญช่วง, 2546)

เนื่องจากสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอบำบัดผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลตากสิน พบว่ามีการใช้ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์จากสถิติประจำปี พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 ของโรงพยาบาลตากสิน พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 16.55 และ 20.30 ครั้งต่อ 1,000 วัน ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น(คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลตากสิน)

ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้สนใจที่จะศึกษาการดูแลความสะอาดช่องปากและฟันเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

#### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อเพิ่มพัฒนาการพยาบาลในการดูแลภายในช่องปากของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

##### เป้าหมาย

ผู้ป่วยทุกคนในหอบำบัดผู้ป่วยหนักได้รับกิจกรรมการพยาบาลการดูแลภายในช่องปาก

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ที่ เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยในหอ บำบัดผู้ป่วยหนัก โดยพบมากถึงร้อยละ 20-30 ของการติดเชื้อทั้งหมดในโรงพยาบาล ดังนั้นการป้องกันจึงเป็น แนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการลดอัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การทำความสะอาด สะอาดช่องปากและฟัน ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสำคัญและป้องกันการเกิดการติดเชื้อได้ ซึ่งจาก การศึกษาพบว่า การทำความสะอาดช่องปากและฟันช่วยลดอุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วย หายใจได้ และการเลือกใช้วิธีการทำความสะอาดช่องปากและฟันยังมีผลต่ออุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์ กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ จากการศึกษาพบว่า การแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง และการใช้ไม้พ่นน้ำยาบ้วนปาก ทำความสะอาดทุก 2 ชั่วโมง ช่วยลดอุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (วรรณนา เพ็ชรยัง และคณะ, 2546; Bouza, & Burillo, 2009 ; Muscredre et al., 2008) ดังนั้นหอบำบัดผู้ป่วยหนักจึงเห็น ความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการปรับการทำมาความสะอาดช่องปากและฟันให้ผู้ป่วยด้วยการแปรงฟันอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และใช้ไม้พ่นน้ำยาบ้วนปากทำความสะอาดช่องปากและฟันระหว่างวัน จึงได้ นำเสนอการพัฒนา

คุณภาพการพยาบาล คุณแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้ เครื่องช่วยหายใจดังนี้

1. ประเมินช่องปากและฟันของผู้ป่วย
2. เตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากและฟันของผู้ป่วย
3. เตรียมผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสำลัก
4. ล้างมือและสวมถุงมือสะอาดก่อนทำความสะอาดช่องปากและฟันของผู้ป่วย
5. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อทางเดินหายใจและจับท่อทางเดินหายใจให้มั่นคง ป้องกันการเลื่อนหลุด
6. ใช้น้ำลายและเสมหะในช่องปากและคอเหนือ subglottis ให้เรียบร้อยก่อน
7. ทำความสะอาดช่องปากและฟันที่เตรียมไว้
8. หลังทำความสะอาด ช่องปากและฟัน ตรวจสอบตำแหน่งของท่อทางเดินหายใจ ประเมินการหายใจ
9. บันทึกผลการประเมินช่องปากและฟัน ตรวจสอบความผิดปกติ เช่น เยื่อในช่องปากเป็นแผลมี เลือดออก มีฝ้าขาว ควรรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

การป้องกัน VAP มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

### 1. Hand Hygiene

1.1 ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือ Alcohol – based handrubs (ถ้าไม่มีการปนเปื้อนที่เห็นชัด)

ในกรณีต่อไปนี้

1.1.1 ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือเจาะคอ

1.1.2 ก่อนและหลังสัมผัสกับอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งกำลังใช้กับผู้ป่วยไม่ว่าจะสวม

ถุงมือหรือไม่ก็ตาม

1.1.3 หลังจากสัมผัสกับเชื่อบุ, สารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือวัตถุที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง ไม่ว่าจะใส่ถุงมือหรือไม่ก็ตาม

2. การทำความสะอาดช่องปากและฟัน

3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา

4. ใช้เครื่องวัด cuff pressure ทุกเวรให้อยู่ระหว่าง 20 – 30 cmH<sub>2</sub>O

5. ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารและวัด gastric residual volume ก่อนให้ tube feeding

6. เปลี่ยน ventilator circuits ไม่เร็วกว่า 7 วัน

ดังนั้น เห็นได้ว่าการทำความสะอาดช่องปากและฟันเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สามารถป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าหากการดูแลช่องปากและฟันที่มีมาตรฐานก็จะช่วยลดการติดเชื้อและป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ขั้นตอนดำเนินการ

#### 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 นำข้อมูลปัญหาอุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอบำบัดผู้ป่วยหนักมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และวิธีการแก้ไข

1.2 ค้นคว้าหาความรู้จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการแก้ปัญหา

1.3 จัดทำแผนการสอนในการทำความสะอาดช่องปากและฟันสำหรับบุคลากรของหอ

บำบัดผู้ป่วยหนัก

1.4 เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อมาเป็นวิทยากรในการสอนและเป็นพี่ปรึกษา

## 2. ชั้นปฏิบัติการ

2.1 กำหนดวัน เวลา และสถานที่ผู้เข้ารับการอบรม โดยใช้ห้องประชุมหอบำบัดผู้ป่วยหนัก

2.2 วิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและควบคุมโรคติดเชื้อ โดยสอนและสาธิตการทำความสะอาดช่องปากและฟัน โดยการแปรงฟันและการใช้ไม้พ่นน้ำยาฆ่าเชื้อบ้วนปากตามแผนการสอน

2.3 บุคลากรทดลองปฏิบัติการแปรงฟัน และการใช้ไม้พ่นน้ำยาฆ่าเชื้อบ้วนปาก หลังการอบรม

## 3. ชั้นประเมินผล

3.1 ประเมินผลโดยการสุ่มตรวจบุคลากรเวรละ 2 ครั้ง ร่วมกับการบันทึกผลการประเมินช่องปากและฟัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน

3.2 รายงานอุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจของหอบำบัดผู้ป่วยหนักทุกเดือน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลได้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลในช่องปากและฟันของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบนหลักฐานเชิงประจักษ์
3. เพื่อใช้ข้อมูลในการปรับปรุง และการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 5 ครั้ง : 1,000 Ventilator day
2. ผู้ป่วยทุกคนได้รับกิจกรรมการพยาบาลการดูแลภายในช่องปากมากกว่า 4 ครั้ง/วัน

ลงชื่อ.....นางอรรชกา พรหมหาญ.....

(นางสาวอรรชกา พรหมหาญ)

ผู้ขอรับการประเมิน

..19 / 7.ค. / 2554..



### เอกสารอ้างอิง

- วรรณนา เพ็ชรยัง, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และพิภุค บุญช่วง. (2546). ผลของกลุ่มควบคุมคุณภาพต่อการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bouza, E., Perez, M. J., Monoz, P., Rincon, C., Barrio, J. M., & Hortal, Javier. (2008). Continuous aspiration of subglottic secretions in the prevention of ventilation associated pneumonia in the postoperative period of major heart surgery. **Chest**, 134(5), 938-946.
- Fields, L. B. (2008). Oral care intervention to reduce incidence of ventilator-associated pneumonia in the neurologic intensive care unit. **Journal of neuroscience nursing**, 40 (5), 291-298.
- Muscedere, J., Dodek, P., Keenan, S., Fowler, R., Cook, D., & Heyland, D. (2008). Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: **Journal of Critical Care**, 23, 126-137