

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เนื่องจากมีเนื้องอกใน
สมอง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง นวัตกรรม อุปกรณ์รองศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

เสนอโดย

นางสาวศุภมาส ประดงจงเนตร

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 247)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเนื่องจากมีเนื้องอกในสมอง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 9 วัน (วันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2549 – วันที่ 27 กันยายน พ.ศ.2549)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

เนื้องอกในสมอง เป็นภาวะที่มีก้อนเนื้อผิดปกติเกิดขึ้นในกะโหลกศีรษะ แบ่งได้ 2 ชนิด คือ

1. เนื้องอกที่เกิดจากเซลล์ที่แบ่งตัวผิดปกติจากเซลล์ในสมอง ซึ่งอาจแบ่งย่อยตามชนิดของเซลล์ในสมองที่เป็นต้นกำเนิดของเนื้องอกนั้น เช่น เซลล์ที่เลี้ยงสมองมีหน้าที่ควบคุมเซลล์ประสาทให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และ เซลล์เยื่อหุ้มสมอง
2. เซลล์มะเร็งนอกระบบประสาทกระจายมาสู่ระบบประสาท ซึ่งพบได้บ่อยกว่าเนื้องอกในกลุ่มแรกประมาณ 1.5 -2 เท่า และเซลล์มะเร็งที่ชอบกระจายมาที่สมองได้บ่อย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด เป็นต้น

สาเหตุของเนื้องอกสมอง

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัดว่าเกิดจากอะไร แต่อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ

ปัจจัยทางพันธุกรรม จากความผิดปกติของยีนที่อาจพบได้ในโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การที่เคยได้รับการฉายรังสี ร่างกายมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

เช่น ติดเชื้อ เอชไอวี (HIV) ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางอ้อม แต่ยังไม่

หลักฐานทางการแพทย์เพียงพอ เช่น ได้รับคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากการใช้โทรศัพท์มือถือ การได้รับ

สารเคมีบางชนิด อาชีพที่เสี่ยงสูง ได้แก่ อุตสาหกรรมปิโตรเลียม และเกษตรกรที่ได้รับยาฆ่าแมลง

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและพันธุกรรม เช่น การบริโภคสารอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ

ทำให้ลดความสามารถในการก่อเกิดสารมะเร็งของสารเคมีที่ปนเปื้อนอยู่

อาการของเนื้องอกในสมอง

แสดงออกได้หลายรูปแบบดังนี้ อาการที่เกิดจากเนื้องอกสมองไปรบกวนการทำงานที่ปกติ

ของสมองเฉพาะจุด ได้แก่ อาการชักกระตุก หรือเกร็งเฉพาะที่ ซึ่งอาจเป็นมากถึงขั้นหมดสติ

อาการอ่อนแรงของแขนขา หรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า อาการที่เกิดจากเส้นประสาทสมองทำงาน

ผิดปกติ เช่น มองเห็นภาพซ้อน หูไม่ได้ยิน ตาพร่ามัว ปวดตามเส้นประสาท อาการสับสน

ความจำผิดปกติ อาการชาเฉพาะที่ อาการที่เกิดจากภาวะ ผิดสมดุลของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง

อาการทรงตัวที่ผิดปกติ อาการปวดศีรษะ อาการผิดปกติของระบบประสาทสัมผัส ได้แก่ เห็นภาพหลอน ได้กลิ่นซ้ำ ๆ หูแว่ว

อาการที่เกิดจากเนื้องอกสมองรบกวนการทำงานสมองทั้งซีกได้แก่ อาการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สึกตัว มักเกิดจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจนเกิดอาการปวดศีรษะ สับสน ซึมลง จนถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยหมดสติ และเสียชีวิตได้ อาการชักกระตุกทั้งตัวเนื่องจากเซลล์ประสาทที่ปล่อยพลังงานไฟฟ้าออกมาจากเซลล์สมองอย่างทันทีทันใดกระจายไปทั่วสมอง อาการที่เกิดจากการไหลเวียนของน้ำในสมองผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เสียการทรงตัว ซึมลงและอาจเสียชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

อาการที่เกิดจากการกระจายของเนื้องอกสมอง ไปตามช่องทางการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง ได้แก่ปวดศีรษะ ปวดตามเส้นประสาทบริเวณใบหน้า แขน ขา

การวินิจฉัย

นอกจากการซักประวัติ และการตรวจร่างกายแล้ว ยังมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain Scan) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง (MRI) การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการชัก การตรวจเลือดเพื่อหาระดับฮอร์โมนของต่อมใต้สมองในกรณีที่ผู้ป่วยมีเนื้องอกบริเวณต่อมใต้สมอง การตรวจวัดสายตา และลานประสาทตา และการตรวจระดับการได้ยิน

การรักษา

สำหรับการรักษาเนื้องอกในสมอง คือ การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด การรักษาคนไข้แต่ละราย อาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือใช้ทั้ง 3 อย่างร่วมกัน ขึ้นอยู่กับว่าเป็นเนื้องอกชนิดใด โดยการรักษามีจุดประสงค์เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมาด้วยอาการซึม ไม่รู้สึกตัว และเพื่อรักษาคุณภาพชีวิตให้ได้เป็นปกติ

ตามหลักของ Monro Kellei Doctrine อธิบายไว้ว่า สิ่งที่อยู่ภายในกะโหลกศีรษะเป็นสิ่งที่ถูกกดอัดไม่ได้ ถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งในสามส่วนมีปริมาณเพิ่มขึ้น เช่น เนื้องอกบวมขึ้น สาเหตุจากเนื้องอกมีการขยายตัว ก้อนเนื้องอกอาจกดเบียดหลอดเลือดดำ และหลอดเลือดฝอยตรงตำแหน่งที่มีเนื้องอก ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดไม่ดี มีเลือดคั่ง จึงเป็นเหตุให้สมองบวมขึ้น ในขณะที่อีกสองส่วนมีปริมาตรคงเดิมก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ทำให้เกิดการเคลื่อนที่ของสมอง (cerebral herniation or cerebral displacement) การเคลื่อนที่ของสมองถือเป็นภาวะคุกคามถึงชีวิต การประเมินอาการและอาการแสดงได้ตั้งแต่ระยะแรก มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันที่ทั้งที่เป็นการป้องกันไม่ให้มีการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะมากขึ้น เพราะจะนำไปสู่การเคลื่อนที่ของสมองในลักษณะต่าง ๆ

จุดประสงค์ของการพยาบาล จะเป็นไปในแนวทางเดียวกับ การรักษาของแพทย์โดยมีจุดประสงค์สำคัญคือ ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอื่นไม่พึงประสงค์

สมองส่วน Cerebella มีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายทำให้เกิดการประสานงานกันระหว่างกล้ามเนื้อ (Cordination) ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความตึง (Tone) พร้อมทั้งจะทำงานเกี่ยวกับการทรงตัว

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินการ โดยการศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 39 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาจังหวัด กรุงเทพมหานคร เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลางเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2549 เวลา 12.00 น. เลขที่ภายนอก 9626/49 เลขที่ภายใน 11065/49 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตมีอาการ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ปวดบริเวณท้ายทอย เริ่มเดินเซ 3 สัปดาห์จึงมาโรงพยาบาลวันที่ 5 มีนาคม 2549 แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์ แพทย์วินิจฉัยมีเนื้องอกในสมองบริเวณ ซีรีเบลลัม (Cerebella) ด้านซ้ายและมีน้ำในสมอง (Hydrocephalus) ทำผ่าตัด เปิดกะโหลกศีรษะตัดก้อนเนื้องอกออก (Subdural Occipital Craniectomy Tumor Removal) และ เจาะระบายน้ำโพรงสมอง (Ventriculostomy) เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2549 ผลชิ้นเนื้อพบมีการกระจายของ เซลล์มะเร็ง (Mastastatis Adrenocarcinoma) หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่า แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์พบเนื้องอกในตำแหน่งเดิมจึงทำผ่าตัดครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2549 ทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะตัดก้อนเนื้องอกออก (Re Craniectomy Subdural Occipital Craniectomy Tumor Removal) หลังผ่าตัด วันที่ 10 เมษายน 2549 ส่งปรึกษาอายุรกรรมแพทย์วิทยาเนื้องอก (Oncologist) แพทย์ส่งตัวไปรักษาต่อเพื่อให้เคมีบำบัดที่โรงพยาบาลที่สามารถทำเคมีบำบัดเฉพาะทาง ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลวันที่ 13 เมษายน 2549 รวมวันที่นอนโรงพยาบาล 30 วัน ไปรักษาต่อให้เคมีบำบัดที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล 3 ครั้ง แบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยอาการสำคัญ คือ ปวดศีรษะมาก มีคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้มา 1 สัปดาห์ แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดศีรษะ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 127/75 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 85 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส แพทย์ประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอก ทำการตรวจรักษาในเบื้องต้นให้การรักษา ด้วย 5%D/NSS/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราการหยุด 70 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและรายงานแพทย์เจ้าของไข้ แผนกศัลยกรรมประสาท และให้รับไว้เป็น

ผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 20/8 แพทย์ศัลยกรรมประสาท ตรวจเยี่ยมมีส่งทำเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมองร่วมกับการฉีดสี ผลการตรวจพบว่ามีเนื้องอกบริเวณสมองส่วนซีรีเบลล่า (Cerebella) แพทย์ให้การรักษาให้ออกซิเจนทางจมูกชนิด Cannula อัตราการไหลของออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที ให้รับประทานอาหารอ่อน ให้ยาเดคาดอน(Decadron) 8 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำครั้งแรกและให้ 4 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง ยารานิดีน (Ranidine) 50 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ น้ำตาลในเลือด 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร(ค่าปกติ 60 – 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดแดง ฮีมาโตคิต 45.2 เปอร์เซ็นต์(ค่าปกติ 31 – 43 เปอร์เซ็นต์) ฮีโมโกลบิน 15 กรัมต่อเดซิลิตร(ค่าปกติ 11 – 16 กรัมต่อเดซิลิตร) เกล็ดเลือด 528,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เดซิลิตร(ค่าปกติ 150,000 – 400,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เดซิลิตร) ผลการตรวจอิเล็กโตรไลต์ โซเดียม 136 มิลลิโมลต่อลิตร(ค่าปกติ 136 – 145 มิลลิโมลต่อลิตร) โพแทสเซียม 3.5 มิลลิโมลต่อลิตร(ค่าปกติ 3.5 – 5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) คลอไรด์ 98 มิลลิโมลต่อลิตร(ค่าปกติ 100 – 110 มิลลิโมลต่อลิตร) คาร์บอนไดออกไซด์ 24 มิลลิโมลต่อลิตร(ค่าปกติ 22 – 32 มิลลิโมลต่อลิตร) แพทย์ให้ส่งนัดทำผ่าตัดวันที่ 19 กันยายน 2549 ให้เตรียมเลือด 4 ยูนิต เตรียมผิวหนังบริเวณศีรษะ ใส่สายสวนปัสสาวะ งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ให้ยาเซฟทรี (Cef-3) 1 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัด ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 9.40 น ทำผ่าตัด (Re-subdural Occipital Craniotomy Total Tumor Removal) ระหว่างทำผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดมยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/45 ถึง 163/110 มิลลิเมตรปรอท ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำปริมาณ 1,200 มิลลิลิตร และส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา หลังทำผ่าตัดแพทย์ให้ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด เวลา 11.45 น ความดันโลหิตแรกรับ 142/79 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 69 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อหลอดลมคอต่อเครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมด้วยปริมาตร โดยตั้งเครื่องช่วยหายใจอัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ปริมาณออกซิเจน 40 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณแก๊สขณะหายใจเข้า 600 มิลลิลิตร ผู้ป่วยมีเสมหะเหนียวเครื่องช่วยหายใจเตือน(Alarm) แรงดันในปอดสูง (Air Way Presser High) ฟังเสียงลมหายใจจากปอดมีเสียงเสมหะมากผู้ป่วยไม่สามารถไอขับเสมหะออกเองได้ ช่วยดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจจากเสมหะ น้ำลาย โดยดูดเสมหะจากท่อหลอดลมคอและในปากทุก 2 ชั่วโมง และตามความจำเป็น ซึ่งการดูดเสมหะในแต่ละครั้งไม่เกิน 15 วินาที และช่วยผู้ป่วยหายใจเร็วและลึก(Hyperventilate) ด้วยการบีบถุงลมต่อกับออกซิเจนเข้าทางท่อหลอดลมคอประมาณ 4-5 ครั้ง ทั้งก่อนและหลังการดูดเสมหะเพื่อระบายคาร์บอนไดออกไซด์ออกและเพิ่มออกซิเจน

เข้าไปชดเชย ช่วยเคาะผนังทรวงอก (Chest tapping) เพื่อให้เสมหะที่ขังอยู่ในถุงลมและทางเดินหายใจหลุดออกมา ฟังเสียงลมหายใจจากปอดเป็นระยะ หลังดูแลทางเดินหายใจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วได้ 100เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที

ตรวจและบันทึกอาการทางระบบประสาท(Glasgow coma score) GCS เท่ากับ 2 + T พบว่า ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว ไม่ลืมตา แขนขาทั้งสองข้างไม่เคลื่อนไหว รูม่านตาทั้งสองข้างมีขนาด 1.5 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะบริเวณท้ายทอย พันด้วยคอนฟอร์ม (conform) แผลแห้งดีไม่มีเลือดซึม ตรวจปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือด (Hematocit) หลังผ่าตัดได้ 43 เปอร์เซ็นต์ ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสมวิตามินบีคอมเพลกซ์ (Vit.Bco.) 2 มิลลิลิตรหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง คู่กับไกลซีคอล (Glyceol) 500 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง งดน้ำและอาหาร

ให้ยาเดคาดรอน (Decadron) 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ยารานิดีน (Ranidine) 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ยาเซฟทรี (Cef-3) 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ยาอะแมนด้า (Amanda) 1 หลอด ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเวลาปวดให้ได้ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตระดับความรู้สึกตัว หากซึมลง รูม่านตาโตกว่าปกติให้รายงานแพทย์ อีก 1 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ แขนขาทั้งสองข้างกำลังปกติ รูม่านตาทั้งสองข้างมีขนาด 1.5 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงดีเท่ากันทั้งสองข้าง บันทึกการตรวจทางระบบประสาท เท่ากับ 10 +T แพทย์ให้เจาะหาค่าแก๊สในหลอดเลือดแดง ค่ากรด ด่าง 7.39 (ค่าปกติ 7.35 -7.45) ค่าออกซิเจน 145 มิลลิลิตรปรอท (ค่าปกติ 69 – 116 มิลลิลิตรปรอท) ค่าโซเดียมไบคาร์บอเนต 22.3 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 20 - 24 มิลลิโมลต่อลิตร) ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ 43 มิลลิลิตรปรอท (ค่าปกติ 32 – 42 มิลลิลิตรปรอท) แพทย์ให้ปรับอัตราการหายใจของเครื่องช่วยหายใจจาก 16 ครั้งต่อนาที เป็น 18 ครั้งต่อนาทีวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้ 100 เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดให้ยาแก้ปวด คือ ยาอะแมนด้า 1 หลอดฉีดทางหลอดเลือดดำหลังฉีดประมาณ 15 นาทีอาการปวดแผลผ่าตัดทุเลาลงผู้ป่วยหลับได้ อธิบายอาการของผู้ป่วยให้ญาติทราบ และดูแลให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยโดยติดต่อแพทย์ให้ญาติสอบถามผลการผ่าตัด เพื่อคลายความวิตกกังวล แนะนำระเบียบการเยี่ยม ช่วงเที่ยงเวลา 12.00 น– 13.00 น ช่วงเย็นเวลา 17.30 น – 19.00 น กรณีญาติมาเยี่ยมนอกเวลาให้กดกริ่งหน้าหอผู้ป่วยติดต่อพยาบาลขอเยี่ยมผู้ป่วยนอกเวลา บันทึกผลรวมของปริมาณน้ำเข้าร่างกาย ใน 24 ชั่วโมงเท่ากับ 3,200 มิลลิลิตรบันทึกผลรวมของปริมาณปัสสาวะใน 24 ชั่วโมงเท่ากับ 4,450 มิลลิลิตร

หลังผ่าตัด วันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ แขนขาทั้งสองข้างกำลังปกติ
รูม่านตาทั้งสองข้างมีขนาด 1.5 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงดีเท่ากันทั้งสองข้าง
บันทึกการตรวจทางระบบประสาท เท่ากับ 10 +T ผู้ป่วยยังใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วย
หายใจ ผู้ป่วยหายใจ ดีขึ้นวันที่ 20 กันยายน 2549 เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ (wean ventilator)
จากเครื่องควบคุมทั้งหมด (control mode) เป็นเครื่องช่วยหายใจสลัดกับผู้ป่วยหายใจเอง
(SIMV mode) ลดอัตราการหายใจ จาก 18 ครั้งต่อนาทีเป็น 16 ครั้งต่อนาที ปริมาณออกซิเจน 40
เปอร์เซ็นต์ ปริมาณแก๊สขณะหายใจเข้า 600 มิลลิเมตรวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้
100 เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที บันทึกผลการตรวจสัญญาณชีพ ความดันโลหิต
108/78 – 144/87 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 36.3 -36.9 องศาเซลเซียสให้สารน้ำ
0.9%NSS1,000 มิลลิตรผสมวิตามินบีคอมเพลก (Vit.Bco.) 2 มิลลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ
อัตราหยด 40 มิลลิตร ต่อชั่วโมง เริ่มให้อาหารทางสายยาง โดยให้อาหารปั่นผสม ความเข้มข้น
1 แคลอรีต่อน้ำ 1 มิลลิตร ปริมาณ 100 มิลลิตร วันละ 4 ครั้ง ผู้ป่วยรับประทานได้ไม่มีคลื่นไส้
อาเจียน แผลที่ศีรษะแห้งดี ไม่มีการอักเสบ บันทึกผลรวมของปริมาณสารน้ำเข้าร่างกายใน
24 ชั่วโมงเท่ากับ 2,520 มิลลิตร บันทึกผลรวมของปริมาณปัสสาวะใน 24 ชั่วโมงเท่ากับ 2,550
มิลลิตร หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ แขนขาทั้งสองข้างกำลังปกติ
รูม่านตาทั้งสองข้างมีขนาด 1.5 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงดีเท่ากันทั้งสองข้าง
บันทึกการตรวจทางระบบประสาทเท่ากับ 10+T บันทึกผลการตรวจสัญญาณชีพ ความดันโลหิต
113/70 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 36 – 36.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 70 ครั้ง
ต่อนาที วันที่ 21 กันยายน 2549 ผู้ป่วยยังใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจดี
ขึ้นแพทย์มีการรักษาให้เปลี่ยนเป็นออกซิเจนชนิด T – piece อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตร
ต่อนาที ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากหลังผ่าตัดวันที่ 3 แพทย์ให้หย่าเครื่องช่วย
หายใจการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้คือวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว สังเกตอัตราการหายใจ
และลักษณะการหายใจ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้อัตราการหายใจ 16 -20 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของ
ออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้ 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะออกได้ดี ปริมาณเสมหะลดลง
แพทย์มีแผนการรักษา ให้ถอดท่อหลอดลมค้อออกได้ หลังจากถอดท่อหลอดลมค้อผู้ป่วยหายใจ
อัตรา 16 -20 ครั้งต่อนาที ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที
วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้ 100 เปอร์เซ็นต์ บันทึกการตรวจทางระบบประสาท
เท่ากับ 15 คะแนน แผลที่ศีรษะแห้งดี ไม่มีการอักเสบ แพทย์ให้ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม
ชาย 20/8 ส่งต่ออาการและปัญหาทางการพยาบาล เพื่อการดูแลรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง

ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 (22 กันยายน 2549) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยได้ไม่สับสน ให้ออกซิเจนทางจมูกชนิด Cannula อัตราการไหลของออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี แผนการรักษาทั่วไปคงเดิม ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 (26 กันยายน 2549) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยได้ไม่สับสน ให้ออกซิเจนทางจมูกชนิด Cannula อัตราการไหลของออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี แพทย์ให้ตัดไหมหมดได้หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ถอดสายยางให้อาหารออก เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนให้ยากอนเจล (Congel) รับประทาน 1 เม็ดวันละ 3 เวลา หลังอาหาร ถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะได้เองปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มี การติดเชื้อ ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา พบว่า มีการกระจายของเซลล์มะเร็งที่สมอง (Metastatic adenocarcinoma) แพทย์ส่งต่อให้ทำการรักษาโดยใช้เครื่องเอกซเรย์แบบสามมิติ (Deep x-ray) และให้ เคมีบำบัดที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ได้ติดต่อที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สอบถามข้อมูลวันที่แพทย์วิทยาเนื้องอก ออกตรวจผู้ป่วย มี วันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 8.00 น – 12.00 น ส่งต่อแบบผู้ป่วยนอก เพื่อการรักษา ต่อเนื่อง และอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 27 กันยายน 2549 แนะนำสุขศึกษาการปฏิบัติตัว กิจกรรมที่ห้ามทำในระยะแรก ได้แก่ ห้ามขับรถ ห้ามยกหรือแบกของหนักเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังทำผ่าตัด ควรพักผ่อนวันละ 8-10 ชั่วโมง ควรรงงานประเภทที่ต้องใช้สมอง และ สายตามากๆ เช่น การคิดตัวเลขต่างๆ การใช้คอมพิวเตอร์ การรับประทานยาให้ครบและหมดยตาม แพทย์สั่ง ยาที่รับประทานต่อที่บ้านคือยา Embol รับประทานครั้งละ 2 เม็ดวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เช้า เทียง เย็น ยา B1-6-12 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เช้า เทียง เย็น ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 2 เม็ดทุก 6 ชั่วโมงเวลาปวด แนะนำการตรวจ รักษาต่อให้เคมีบำบัดที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ให้มาตรวจให้ตรง ตามนัดพร้อมนำบัตรผู้ป่วยและใบการรักษาต่อที่แพทย์เขียนให้นำไปโรงพยาบาลด้วย แพทย์นัดให้รักษาต่อวันที่ 11 ตุลาคม 2549 การสังเกตอาการผิดปกติหลังกลับบ้านได้แก่ อาการ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว อาเจียน อาการซึมลง ถ้าพบอาการดังกล่าวต้องมาพบแพทย์ทันที หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติและสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง รวมจำนวน วันที่อยู่โรงพยาบาล 13 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกาย ถ้าหากมีอันตรายเกิดขึ้นกับอวัยวะส่วนอื่นของร่างกายก็คงอยู่ได้ แต่ถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับสมองจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ หรือถ้าหากไม่เสียชีวิตก็อาจเกิดความพิการของส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ประสาทสมองส่วนนั้นๆควบคุมอยู่ แต่ในปัจจุบันวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ก้าวหน้ามากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง แพทย์ให้การรักษาโดยตรงกับโรคจึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 39 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกลางแผนกผู้ป่วยนอกวันที่ 14 กันยายน พ.ศ.2549 เวลา 12.00 นาฬิกา อาการสำคัญที่นำมา ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้มาประมาณ 1 สัปดาห์ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เคยได้รับการผ่าตัดเนื้องอกในสมอง 2 ครั้ง แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดียังมีอาการปวดศีรษะมาก แพทย์ได้ส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ร่วมกับการฉีดสีดำ พบผลการตรวจพบว่ามีเนื้องอกบริเวณสมองส่วนซีรีเบลลัม แพทย์จึงมีแผนการรักษาต่อโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะตัดก้อนเนื้องอก (Re-suboccipital craniectomy and total tumor removal) หลังผ่าตัดได้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลา 3 วัน สามารถเอาท่อหลอดลมคอออกได้เมื่อวันที่ 21 กันยายน พ.ศ.2549 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขาทั้ง 2 ข้างกำลังปกติไม่มีอาการปวดศีรษะช่วยเหลือตัวเองได้ ให้ย้ายไปรักษาต่อที่ตึกศัลยกรรมชาย ผลขึ้นเนื้อตรวจพบเป็นมะเร็งและมีการกระจาย แพทย์ส่งไปรักษาต่อที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อทำการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด ผู้ป่วยได้กลับบ้านวันที่ 27 กันยายน 2549 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล ตลอดจน ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปพักผ่อนที่บ้านได้ถูกต้องจากการ โทรศัพท์สอบถาม การปฏิบัติตนที่บ้าน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อนำผลจากการศึกษาค้นคว้า มาพัฒนาตนเอง ในด้านการเพิ่มพูนความรู้ และ ประสบการณ์การทำงาน
2. เพื่อนำผลจากการศึกษาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเนื่องจากมีเนื้องอกในสมองในผู้ป่วยรายต่อไป
3. เพื่อเป็นแนวทางในการประกอบการนิเทศ และการพัฒนาคุณภาพงานของบุคลากรทางการพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้แพทย์ได้ทำการเปิดกะโหลกศีรษะหลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ ต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกตัว ไอ ขับเสมหะออกไม่ได้ มีเสมหะเหนียว ต้องดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจจากเสมหะ น้ำลาย ทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดออกซิเจน ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมหลังผ่าตัดจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์การดูแลคือให้ยาลดสมองบวมตามแผนการรักษาคือให้สเตอรอยด์ ยา Decadron ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง และ Glyceol 500 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงจนกระทั่งผู้ป่วยขับปัสสาวะออกมากไม่สมดุลปริมาณน้ำเข้าร่างกายแพทย์หยุดให้ Glyceol เพราะการที่สมองบวมจะควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ปกติ จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15 ถึง 30 องศา เพื่อลดการคั่งของเลือดในสมองและช่วยให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจได้ดี โอกาสเกิดภาวะสมองบวมลดลง ป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยดูแลติดตามและประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่อย่างสม่ำเสมอ ทุก 8 ชั่วโมง หลังผ่าตัดผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดและปวดศีรษะเนื่องจากมีการผ่าในรอยโรคเดิมการบาดเจ็บมีมากขึ้นจากการประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain Score) เท่ากับ 9 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ยาอะเมนด้า 1 หลอดฉีดทางหลอดเลือดดำหาสาเหตุปัจจัยส่งเสริมอาการปวดพบว่าผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวลได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ข้อสงสัย ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงหลังให้เคมีบำบัดจะปฏิเสธรักษาต่อและกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อ จึงได้ประสานงานติดต่อเรื่องสิทธิ์การรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้รักษาต่อได้ ติดต่อแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย หลังพบแพทย์ผู้ป่วยมีความเข้าใจคลายความวิตกกังวลลง

10. ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการติดตามผลการรักษาจากหน่วยงาน โดยขอข้อมูลเบอร์โทรศัพท์จากญาติและผู้ป่วยโทรสอบถามอาการทุกสัปดาห์หลังกลับพักฟื้นที่บ้านในระยะแรกเพื่อให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยหรือสอบถามเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ
- ทางหน่วยงานควรจัดทำบัตรห่วงใยประจําญาติ มีเบอร์โทรศัพท์ทำให้ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน หากมีข้อสงสัยโทรสอบถามอาการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....ศุภมาศ ปรัดทองเนตร.....
(นางสาวศุภมาศ ปรัดทองเนตร)
ผู้ขอรับการประเมิน
30 / มิถุนายน / 2551

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....วิไล วิทหะโยธิน.....
(นาง วิไล วิทหะโยธิน)
ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
30 ส.ย. 2551

ลงชื่อ.....สามารถ ดันอริยกุล.....
(นายสามารถ ดันอริยกุล)
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง
ตำแหน่ง E1 ก.ก. 2551

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวศุภมาศ ประดงจงเนตร

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว ด้านการพยาบาล
(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 247) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์

เรื่อง นวัตกรรม อุปกรณ์รองศีรษะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ คือ การผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะเนื้องอกในสมอง ภาวะเลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมองจากอุบัติเหตุและสาเหตุอื่น ๆ หลังจากแพทย์ได้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดแล้ว แพทย์มีแผนการรักษาต่อ เพื่อป้องกันการกดทับบริเวณแผลผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยนอนยกศีรษะสูง 30 องศา และตะแคงข้างที่ทำผ่าตัดขึ้นซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยคือ การเกิดแผลกดทับ ซึ่งการเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ และการป้องกันก็สามารถทำได้ง่ายกว่าการรักษาอย่างมาก การขาดเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อเพียง 30 – 60 นาที ก็ทำให้เกิดความบกพร่องของเมตาบอลิซึมและเกิดการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อได้ ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายคือ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Flap Necrosis Hematoma แผลเย็บปริแตก ถ้ามีการกดทับ และแผลติดเชื้อได้ การเกิดแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ให้เกิด ซึ่งโดยปกติแล้วเส้นเลือดจะมีแรงดันของหลอดเลือดฝอย เมื่อถูกทับจนเลือดไม่สามารถไหลมาเลี้ยงเนื้อเยื่อได้ จะทำให้บริเวณที่ถูกกดทับ มีการตายของเนื้อเยื่อ ซึ่งแรงกดมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท เป็นเวลา 2 – 4 ชั่วโมงทำให้เกิดแผลกดทับได้ แผลกดทับที่ผิวหนังที่มองเห็นเป็นเพียงเล็กน้อยแต่ ลึกลงไปได้ผิวหนังจะมีการทำลายมากกว่าที่เห็น เพราะผิวหนังมีความทนทานต่อการขาดเลือดได้ดีกว่าชั้นไขมันและกล้ามเนื้อ ถ้ามีแผลกดทับเกิดขึ้นอาจมีการติดเชื้อ ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ และต้องเสียค่าใช้จ่ายมีการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ต้องเสียเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น แผลกดทับบริเวณ ใบหู เกิดความพิการและสูญเสียภาพลักษณ์ ผู้จัดทำได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ จึงได้คิดจัดทำอุปกรณ์รองศีรษะที่สามารถลดการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ทดแทนหมอนแบบเดิมซึ่งมีลักษณะแข็งและค่อนข้างบาง

อุบัติการณ์ จากสถิติการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแล้วเข้ารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม ในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 50 ราย มีอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับบริเวณใบหู 2 ราย

ซึ่งเกิดจากฮอร์โมนรังสีระยะเดิมมีลักษณะแข็งและค่อนข้างบาง ทำให้ต้องใช้ผ้ารองใต้หมอนอีกชั้น แล้วใช้ขวดน้ำเกลือดันเพื่อให้ได้หมอนที่เหมาะสมกับศีรษะผู้ป่วย

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เช่น ได้รับการกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะ ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณใบหู
2. เพื่อความสบายของผู้ป่วย ลดความเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด
3. เพื่อใช้เป็นอุปกรณ์รองศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก สำหรับผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

1. กำหนดขอบเขตของผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์รองศีรษะ คือ ครอบคลุมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดและนำไปใช้ต่อที่หอผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

2. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การเกิดแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้น

กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

1. หาสาเหตุของ การเกิดภาวะแทรกซ้อนการเกิดแผลกดทับหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจมีปัจจัยการเกิดจากผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยต้องตะแคงแผลข้างที่ทำผ่าตัดขึ้นตลอด ระยะเวลาในการนอนนาน ในหอผู้ป่วย 3 – 5 สัปดาห์

2. จัดทำประดิษฐ์อุปกรณ์รองรับศีรษะผู้ป่วยแทนหมอนเดิม (รายละเอียดในภาคผนวกท้ายเล่ม) ค่าใช้จ่ายราคา 60 บาท/ชิ้น (รวมอุปกรณ์ทุกอย่าง)

3. โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยทุกรายหลังทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ระยะเวลาที่เริ่มทดลองใช้ในการดำเนินการ จนถึงสิ้นสุดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. การประเมินผล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนการเกิดแผลกดทับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับบริเวณใบหู
2. สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยป้องกันแผลกดทับบริเวณอื่นๆ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณบั้นท้ายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะทุกราย

ลงชื่อ.....ศุภมาส ประดงจงเนตร.....

(นางสาวศุภมาส ประดงจงเนตร)

ผู้ขอรับการประเมิน

30 / มิถุนายน / ๒๕๕๑

ภาคผนวก

วัสดุและอุปกรณ์

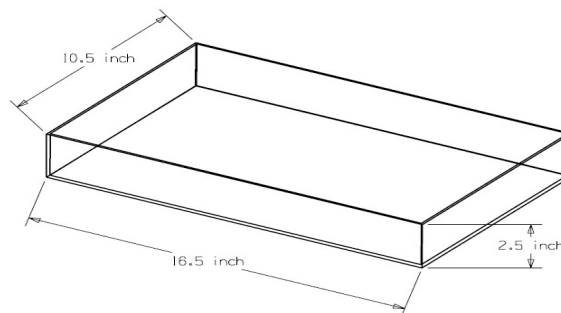
1. ผงดินวิทยาศาสตร์มีหลายลักษณะตามความต้องการที่จะใช้สอยมีคุณสมบัติ คือมีส่วนประกอบของโพลีเมอร์ (ตัวคูดน้ำ) หลังจากแช่น้ำจะขยายตัวพองขึ้น 8-10 เท่า ข้อดีของโพลีเมอร์คือ สะอาด มีความชุ่มชื้นสูงเพิ่มอากาศถ่ายเทได้ดี มีความยืดหยุ่นสูง จึงมีความเหมาะสมนำมาประยุกต์ใช้สำหรับลดแรงกดทับ



2. ขวดน้ำ เติมน้ำตามสัดส่วนที่ต้องการยิ่งเติมน้ำมากก็จะพองมากขึ้นตามขนาดที่ต้องการใช้



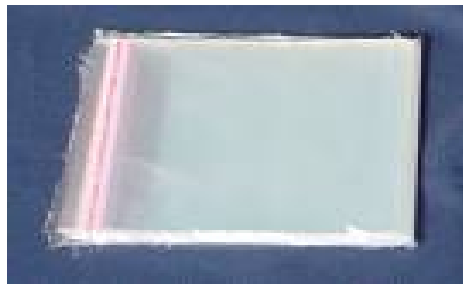
3. ขนาดที่ต้องการใส่ดินวิทยาศาสตร์



4. ถาดที่ต้องการใส่ดินวิทยาศาสตร์



5. ถุงพลาสติกใสอย่างดี



6. เครื่องรีดพลาสติก

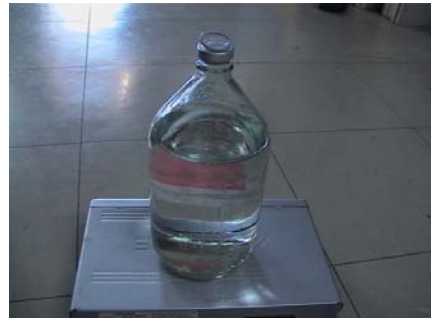


7. ปลอกหมอน



ขั้นตอนในการทำอุปกรณ์รองศีรษะ

1. เตรียมดินวิทยาศาสตร์ 3 ช้อนโต๊ะและผสมด้วยน้ำ 3/4 ถ้วยผสมแล้วได้ 16 จี๊ดก็จะได้นิโนวิทยาศาสตร์ตามต้องการ



2. เมื่อผสมเสร็จแล้วนำมาใส่ในถุงพลาสติกตามขนาดที่ต้องการนำเครื่องรีดพลาสติกซีลให้แน่นเพื่อนำไปใช้งาน



3. หลังจากซีลพลาสติกเรียบร้อยแล้วนำมาใส่ปลอกหมอน และสามารถถอดซักได้จะได้หมอนที่มีความอ่อนนุ่มยืดหยุ่นและเย็นสบายสำหรับผู้ป่วย



