

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 23 วัน (ตั้งแต่วันที่ 29 กันยายน 2550 ถึง วันที่ 21 ตุลาคม 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (aneurysm)

aneurysm แปลว่า โป่งพองออก ในที่นี้เราหมายถึงการโป่งพองของหลอดเลือดสมอง อาจเป็นหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำก็ได้ ในส่วนที่โป่งพองนั้นส่วนมากที่พบเป็นชนิดหลอดเลือดแดงโป่งพอง การโป่งพองของหลอดเลือดนี้ถือว่าเป็นชนิดจริง (true aneurysm) อีกชนิดเรียกชนิดปลอม (false aneurysm) เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดทุกชั้นทำให้มีเลือดออกมาอยู่ในเนื้อเยื่อรอบ ๆ ส่วนของหลอดเลือดที่ฉีกขาดนั้น เลือดที่ออกมามักแข็งตัวเป็นก้อนอุดส่วนที่ขาดของผนังไว้ หลอดเลือดโป่งพองเมื่อมีขนาดใหญ่ขึ้นจะแสดงอาการเหมือนเนื้องอกและจะแตก เป็นสาเหตุสำคัญของ ภาวะเลือดออกในช่องใต้เยื่อแรชนอยด์ (subarachnoid hemorrhage)

สาเหตุของหลอดเลือดโป่งพอง

1. เกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด เนื่องจากความพิการของผนังชั้นในของหลอดเลือด
2. เส้นเลือดแข็งตัวและโป่งพอง เนื่องจากมีการทำลายของผนังหลอดเลือด
3. เป็นมาแต่กำเนิดของผนังหลอดเลือดมีผนังไม่สมบูรณ์
4. เป็นส่วนที่เหลือของหลอดเลือดซึ่งควรจะหายไปแต่คงอยู่ในสภาพที่ไม่สมบูรณ์
5. ภาวะติดเชื้อจาก septic emboli พบในโรคหัวใจ ทำให้เกิดการทำลายของผนังหลอดเลือด เรียกว่า mycotic aneurysm ส่วนใหญ่เป็นเชื้อ bacteria
6. Neoplastic aneurysm เกิดจากเนื้องอกหรือ Neoplasm เฉพาะที่ หรือมาจากที่อื่น (metastatic) พวกหลังนี้พบบ่อยกว่าและ Choriocarcinoma เป็นอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิด aneurysm ชนิด Neoplastic ในประเทศไทย

พยาธิสรีรวิทยาของหลอดเลือดแดงโป่งพอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. unruptured aneurysm ที่ทำให้เกิดอาการ โดยไปกดเส้นประสาทสมองข้างเคียงจะมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ตั้งแต่ 7 – 10 มิลลิเมตร จนถึง 2 – 3 เซนติเมตร (gigantic aneurysm) เช่น internal carotid aneurysm ไปกดบน optic nerve ทำให้ตาบอด กดลงบน CN III เกิด CN III palsy เป็นต้น
2. ruptured aneurysm เมื่อ aneurysm แตกและเลือดออกไม่หยุด เพราะรูแตกของ aneurysm มีขนาดใหญ่จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นและสูงเท่ากับความดันเลือดในเวลาอันสั้น เมื่อถึงจุดนี้จะไม่มียืดหยุ่นไปเลี้ยงสมอง ผู้ป่วยจะเสียชีวิตทันที ถ้ารูแตกขนาดเล็กเลือดที่ออกจะหยุดได้ด้วยกลไกการแข็งตัวของเลือด เลือดที่รั่วออกมาในน้ำหล่อสมองกลายเป็นภาวะ

เลือดออกในช่องใต้เยื่อแรชนอยด์ ส่วน เลือดออกในเนื้อสมองและในช่องใต้เยื่อคูรา จะกลายเป็น intracerebral hemorrhage และ ก้อนเลือดเลือดออกในช่องใต้เยื่อคูรา (subdural hematoma) ตามลำดับ ภาวะเลือดออกในช่องใต้เยื่อแรชนอยด์ มีผล 3 อย่างคือ

1. meningeal irritation ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน คอแข็ง กระสับกระส่าย กลัวแสง ชีมลง
2. increased intracranial pressure มีผลทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ผู้ป่วยจะซีมลงหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด
3. vasospasm จะเกิดขึ้นประมาณ 3-4 วันหลังจากการแตกครั้งแรก จะมีผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด (cerebral ischemia) และภาวะเนื้อสมองตาย (cerebral infarction) ผู้ป่วยจะเกิดทุพพลภาพจาก ภาวะอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ภาวะกลืนลำบาก (aphasia) ภาวะสูญเสียความรู้สึก (anesthesia) ภาวะหมดสติ (coma)

อาการและอาการแสดง

ก่อนที่หลอดเลือดสมองโป่งพองจะแตก ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดศีรษะนำมาก่อนและเมื่อแตกแล้วจะมีอาการระคายเคืองเยื่อหุ้มสมองคือ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา มองเห็นภาพซ้อน กลัวแสง คอแข็ง พูดลำบาก กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาชา แขนขาอ่อนแรง สับสน ชัก อาการส่วนมากมักเป็นทันทีทันใด อาจปวดศีรษะมากและสับสน หรือซีม ในระยะแรกจะไม่ค่อยพบความพิการทางระบบประสาท แต่หากมีการแตกเข้าไปในสมองจะทำให้เกิดก้อนเลือดในสมอง (hematoma)ซึ่งจะทำให้การทำงานของสมองส่วนนั้นเสียไปเกิดอัมพาตหรือประสาทสมองพิการตามมา

การวินิจฉัยโรค

1. ชักประวัติ ปวดศีรษะอย่างรุนแรงหมดสติ ผู้ป่วยอาจฟื้นสติขึ้นมาหรือยังหมดสติอยู่ ตรวจร่างกายพบคอแข็ง
2. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ช่วยบอกตำแหน่งของหลอดเลือดสมองโป่งพอง
3. การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าร่วมกับการฉีดสารทึบแสง (magnetic resonance angiogram:MRA) เป็นการตรวจเพื่อช่วยวินิจฉัยเกี่ยวกับความผิดปกติของเส้นเลือดแดง ได้ชัดเจนมากกว่าการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography:CT) และ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging:MRI)
4. การตรวจโดยฉีดสารทึบแสง(cerebral angiography) เป็นการตรวจที่สำคัญที่สุด ทำให้ทราบตำแหน่งของหลอดเลือดสมองโป่งพอง
5. เจาะหลัง เพื่อพิสูจน์ภาวะเลือดออกในช่องใต้เยื่อแรชนอยด์

การรักษาโรคหลอดเลือดโป่งพองในสมอง

1. การรักษาทางยา
2. การรักษาโดยการผ่าตัดโดยใช้อุปกรณ์ มีหลายแบบดังนี้
 - 2.1 Clipping ใช้ Clip ซึ่งเป็นโลหะเล็กๆหนีบบริเวณคอของหลอดเลือดโป่งพอง
 - 2.2 Trapping คือการผูกคอตึง aneurysm ข้างบนและข้างล่าง ทำให้ เลือดไปเลี้ยง aneurysm ไม่ได้ เกิดเหี่ยวไปเอง ถ้าไม่จำเป็น ไม่นิยมทำวิธีนี้
 - 2.3 Wrapping การห่อ aneurysm ในกรณีผ่าเข้าไปแล้วพบ aneurysm แตก ไม่สามารถ clip ได้
 - 2.4 Ligation เป็นการผูกเส้นเลือดที่ไปเลี้ยง aneurysm
3. รังสีร่วมรักษาโดยอุดหลอดเลือด (therapeutic endovascular embolization)

เภสัชวิทยา

1. Nimotop (Nimodipine) เป็นยาด้านแคลเซียมมีผลต่อการหดเกร็งตัวของหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น อาการข้างเคียงทำให้หน้าแดง ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ
2. 6% Haesteril เป็น Hyper Oncotic Infusion มีผลในการเพิ่มปริมาณเลือดเข้าหัวใจ ทำให้การไหลเวียนเลือดและการถ่ายเทออกซิเจนดีขึ้น
3. Dilatin (Phenytoin sodium) ใช้ป้องกันและรักษาอาการชักที่เกิดขึ้นระหว่างหรือหลังการผ่าตัดระบบประสาท

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด แบ่งได้ 2 ด้านคือ การพยาบาลด้านจิตใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ปลอดภัยให้กำลังใจและอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษาตามความเหมาะสม การพยาบาลด้านร่างกาย ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด โคนศีรษะและทำความสะอาดหนังศีรษะ จัดบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อเปรียบเทียบกับหลังผ่าตัดว่าดีขึ้นหรือเลวลง ผู้ป่วยหรือญาติต้องลงนามในใบยินยอมการผ่าตัดให้เรียบร้อย ซักประวัติ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจ้องเลือด ผลการถ่ายภาพรังสีสมอง สวมปีศาจและต่อลงถุงที่ปิดสนิทก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 2 ประการคือ เพื่อสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจจะมีหลังผ่าตัด และเพื่อให้ส่วนต่างๆของร่างกายผู้ป่วยทำงานได้ตามปกติ พยาบาลจึงต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว และให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องทันทั่วถึง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และไม่สูญเสียหน้าที่ของสมอง มีโอกาสฟื้นได้เร็ว โดยใน 24 ชั่วโมงแรกควรให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ บนเตียง ให้นอนหงายราบหรือ

นอนตะแคงข้างที่ไม่ได้ทำการผ่าตัด โดยใช้หมอนรองศีรษะไว้ เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวให้ยกหมอนสูงได้เล็กน้อย ประมาณ 10 องศา บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการปกติ พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ มึนศีรษะ ตามัว คลื่นไส้ อาเจียน ซีพจรเต้นช้า หายใจช้าและลึก ความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัว (systolic) สูงขึ้น แต่ความดันเลือดขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) ปกติ อาจเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยผ่าตัดสมองทุกรายควรให้ออกซิเจน และ ดูแลการหายใจให้เป็นไปตามปกติ โดยป้องกันการสำลักเอาสิ่งแปลกปลอมเข้าปอดและหลอดลม ดูแลทำการดูดเสมหะในปากและคอให้สะอาด เมื่อพ้นระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดแล้ว ไม่มีอาการแทรกซ้อนที่ร้ายแรงใดๆ เกิดขึ้นถือว่าผู้ป่วยพ้นระยะอันตราย กำลังจะเข้าสู่ภาวะผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามปกติ การดูแลในระยะนี้ควรประกอบไปด้วย การทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

ในระยะพักฟื้น ผู้ป่วยรายที่ไม่รู้สึกตัวหรือรู้สึกตัวแต่แขนขาอ่อนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง นวดตามปุ่มกระดูกที่อาจเกิดแผลกดทับได้ ดูแลผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ แนะนำและช่วยให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังของแขนขา ข้อต่อต่างๆ ป้องกันข้อติดแข็งและช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดี ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็วขึ้น ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ ในรายที่กลไกการกลืนไม่ปกติต้องให้อาหารทางสายยาง แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากและดื่มน้ำมากๆ (ในรายที่ไม่จำกัดน้ำ) เพื่อป้องกันอาการท้องผูก แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะจะทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง แพทย์บางท่านอาจให้ยาระบายหรือยาเหน็บทางทวารหนัก ไม่ควรสวนอุจจาระให้ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดโดยตรง ซึ่งจะส่งผลให้สมองได้รับความกระทบกระเทือน ชอกช้ำ ถูกกด ถูกทำลาย สูญเสียหน้าที่และส่งผลต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อม และท้ายสุดอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

กรณีศึกษา หญิงไทยอายุ 52 ปี สถานภาพสมรสโสด อาชีพรับจ้าง การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร เข้ารับการรักษาตัวเมื่อวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2550 (HN:60433/49 AN : 22076/50) ณ ดิกลัลยกรรมประสาท อาการสำคัญที่นำมาคือ ครึ่งชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยกำลังนั่งคุยกับเพื่อนมีอาการปวดศีรษะแบบเฉียบพลัน มีอาการคอแข็ง หันศีรษะไม่ได้ มีอาเจียนพุ่ง 1 ครั้ง การมองเห็นปกติ ไม่มีประวัติแพ้ยาเพื่ออาหารปฏิเสธรโรคประจำตัวอื่น ๆ ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองฉุกเฉิน พบเลือดออกใน

ช่องใต้เยื่อแรชนอยด์ และเลือดออกในสมองส่วนหน้า (subarachnoid hemorrhage with intracerebral hemorrhage at frontal lobe) ได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกบริเวณหลอดเลือดสมองส่วนหน้าด้านซ้าย (rupture left anterior communicating artery cerebral aneurysm) เข้ารับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (craniotomy with clipping of the aneurysm) วันที่ 30 กันยายน 2550 เวลา 8.00 น.-16.35 น. ภายใต้การดมยาสลบแบบ General Anesthesia ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือดประมาณ 500 มิลลิลิตร ผลตรวจความเข้มข้นของเลือดค่าปกติ 33.% ความดันโลหิต 115/60 – 180/120 มิลลิเมตรปรอท ใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 4 ชั่วโมง ปริมาณน้ำเข้า 2,450 มิลลิลิตร ปริมาณปัสสาวะ 1,500 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท เวลา 16.55 น. แรก รับ ให้การพยาบาลโดยประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ พร้อมสังเกตอาการชักเกร็งกระตุก ให้ยาป้องกันภาวะสมองขาดเลือด Nimodipine 30 มิลลิกรัม 2 เม็ดรับประทานทุก 4 ชั่วโมง ยาป้องกันภาวะชักทางหลอดเลือดดำ Dilantin 100 มิลลิกรัมทุก 8 ชั่วโมง และ 6% HEAS Steril 500 มิลลิลิตร ในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดในร่างกาย ป้องกันการเกิดภาวะการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง จากการประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย คะแนนการตรวจร่างกายทางระบบประสาท (Glasgow coma score) เท่ากับ 7 ผู้ป่วยไม่ลืมตา ทราบตำแหน่งที่เจ็บ ไล่ท่อช่วยหายใจทางปาก แขนขาข้างปกติทั้ง 2 ข้าง รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง ไม่พบอาการชักเกร็งกระตุก อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/60-210/90 มิลลิเมตรปรอท หลังผ่าตัดผู้ป่วยไล่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดอีเวนท์ รูปแบบการหายใจด้วยเครื่องสลับกับการหายใจด้วยตนเอง (mode SIMV) อากาศไปยังผู้ป่วย 40 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 8 ครั้งต่อนาที ออกซิเจน 40 เปอร์เซ็นต์ ปริมาตรอากาศที่ให้ 500 มิลลิลิตร สังเกตและบันทึกอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ลักษณะ สี และปริมาณเสมหะ จากการประเมินผู้ป่วยหายใจอัตรา 12-14 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้ว 100% หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีเสมหะปริมาณพอควร สามารถไอออกเองได้เล็กน้อย ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ บริเวณแผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี ไม่มีเลือดซึม บริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่มี บวม แดง ร้อน ไล่สายสวนปัสสาวะคา ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ สังเกตสีและลักษณะปัสสาวะ พบว่าปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน บันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37 องศาเซลเซียส ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเข้าหลอดเลือดชนิด Fosmycin 2 กรัมทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในร่างกาย ผู้ป่วยไล่สายให้อาหารทางจมูก แพทย์งดอาหารยกเว้นยา ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บันทึกลับสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำสารอาหารของร่างกาย ซึ่งปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกมีความสมดุลกัน

2 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ทำตามสั่งได้ ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก คะแนนการตรวจร่างกายทางระบบประสาท (glasgow coma score) เท่ากับ 11 แขนขากำลึงปกติทั้ง 2 ข้าง รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง ความดันโลหิต 160/80-180/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-95 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12-22 ครั้งต่อนาที มีอาการกระสับกระส่ายได้สอบถามอาการปวดแผล ผู้ป่วยพยักหน้าตอบ ดูแลให้ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน 2 เม็ดทางสายให้อาหารทางจมูก หลังได้รับยาผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ อัตราการเต้นของหัวใจลดลงอยู่ในระดับ 60-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80-168/85 มิลลิเมตรปรอท

6 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดี ดูแลเสมหะทางท่อช่วยหายใจ เสมหะสีขาวขุ่น ปริมาณไม่มาก หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เปลี่ยนโหมดเครื่องช่วยหายใจเป็นชนิดเพิ่มแรงดันบวก (mode CPAP) ออกซิเจน 40 เปอร์เซ็นต์ ปริมาตรอากาศที่ให้ 500 มิลลิลิตร อัตราไหลของอากาศไปยังผู้ป่วย 40 ลิตรต่อนาที หลังเปลี่ยนโหมดเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจ 14-18 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้วร้อยละ 100 บันทึกลับสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง พบผู้ป่วยมีปัญหาความดันโลหิตสูง 230/110-250/100 มิลลิเมตรปรอท ค่ากลางแรงดันของหลอดเลือด 122-131 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ Cardipine ความเข้มข้น (1:10) เริ่มที่ 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควบคุมค่ากลางแรงดันของหลอดเลือดให้อยู่ระหว่าง 120-130 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หลังให้ยาประมาณ 6 ชั่วโมงสามารถหยุดยาได้ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 175/95 – 205/100 มิลลิเมตรปรอท ค่ากลางแรงดันของหลอดเลือดให้อยู่ระหว่าง 88-130 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 1 ตุลาคม 2550 หลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจดี ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อวางแผนในการอย่าเครื่องช่วยหายใจ เปลี่ยนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมาเป็นการให้ออกซิเจนแบบฝอยละอองผ่านทางท่อรูปตัวที (oxygen T-piece) ปริมาณออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที วัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-99 อัตราการหายใจ 14-18 ครั้งต่อนาที 2 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจออก ได้รับออกซิเจนผ่านทางหน้ากากสำหรับให้ออกซิเจน (oxygen face mask) ปริมาณออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจได้ดีไม่มีหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 14-16 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้วร้อยละ 100 สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง คะแนนการตรวจร่างกายทางระบบประสาท

(glasgow coma score) เท่ากับ 14 สามารถพูดคุยได้แต่สับสน จากการสังเกตอาการหลังผ่าตัดไม่พบอาการชักเกร็งกระตุก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากสมองบวม แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยาป้องกันภาวะชัก เป็น Dilantin 50 มิลลิกรัมรับประทานทุก 8 ชั่วโมงหลังอาหาร

วันที่ 2 ตุลาคม 2550 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพื่อประเมินหลังผ่าตัด พบว่าอุปกรณ์หนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองอยู่ในตำแหน่งปกติ สังเกตและบันทึกลักษณะและรูปแบบการหายใจ ผู้ป่วยหายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที ไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ เปลี่ยนให้ออกซิเจนผ่านทางสายเข้าจมูก (Oxygen cannular) ปริมาณออกซิเจน 4 ลิตรต่อนาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนวัดจากปลายนิ้ว 100% อัตราการหายใจ 14-18 ครั้งต่อนาที แพทย์เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลว จัดทำศีรษะสูงขณะรับประทานอาการ เพื่อป้องกันอาการสำลัก ผู้ป่วยรับประทานได้ดีไม่มีอาการสำลัก คลื่นไส้ หรืออาเจียน ต่อมาเปลี่ยนเป็นรับประทานอาหารอ่อนและถอดสายให้อาหารทางจมูกออก ดูแลให้ได้รับยาวิตามินบีรวม 1 เม็ด รับประทานวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร

วันที่ 4 ตุลาคม 2550 หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกดีพอช่วยเหลือตนเองได้ สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผู้ป่วยยังใส่สายสวนปัสสาวะคา ปริมาณปัสสาวะออกดี แพทย์พิจารณาให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก ประเมินผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้ไม่มีแสบขัด ได้รับอนุญาตให้ไปรักษาตัวต่อที่ตึกศัลยกรรมประสาท วันที่ 4 ตุลาคม 2550 โดยมีการส่งต่อปัญหาเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องในเรื่อง การประเมินอาการทางระบบประสาท การประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย รวมอยู่ในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท 4 วัน

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทวันที่ 4 ตุลาคม 2550 เข้าเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทจำนวน 3 ครั้ง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ รับประทานอาหารได้ตามปกติ แพทย์หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยการส่งผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดทุกวัน ที่หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์อนุญาตให้กลับไปพักฟื้นที่บ้านในวันที่ 21 กันยายน 2550 รวมระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 23 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ราบไว้ในความดูแลหลังผ่าตัดซึ่งการดูแลรักษา

ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่ายคือ ประสาทศัลยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยเอง โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแล เฝ้าระวังปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดได้

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในผู้ป่วยภายในหออภิบาลศัลยกรรมประสาทเป็นเวลา 4 วัน มีการติดตามเยี่ยมอาการจำนวน 3 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ รู้สึกตัวดี แขนขาแรงดีทั้งสองข้าง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังจากผ่าตัดได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเป็นแนวทางใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

9. ความยุ่งยาก/ ปัญหา/ อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยทางสมองต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลจะต้องมีความรู้ และความเข้าใจขั้นพื้นฐาน ทางกายวิภาคสรีรวิทยาของสมอง การรักษา การดำเนินโรค และความสัมพันธ์ระหว่างอาการของผู้ป่วยกับการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพทางระบบประสาทที่เกิดขึ้น เพื่อประเมิน และสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทัน และรายงานแพทย์ได้รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่ จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบปัญหาดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนจากรอยโรค และการผ่าตัด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในสมองเพิ่มขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง ฉะนั้นต้องให้การดูแลโดยการเฝ้าระวัง และประเมินผู้ป่วยทั้งทางด้านระบบประสาท คือระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวต่างๆและด้านสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ ดูแลให้ได้รับ ยา Cardipine ความเข้มข้น (1:10) เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตรายต่อสมอง พร้อมทั้งต้องสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา Cardipine ได้แก่ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ด้านการหายใจ ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในช่วงแรกผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีผล ทำให้สมองบวมได้ ดังนั้นจึงต้องดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมินการหายใจและลักษณะการหายใจอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ดูแลช่วยดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจทุก 2 ชั่วโมง ปัญหาอาจเกิดภาวะสับสน และอาหาร

ไม่สมดุล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางสมองต้องงดน้ำและอาหารทางปาก ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำให้ตรงตามแผนการรักษาโดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จากนั้นให้อาหารอ่อนและอาหารธรรมดาตามลำดับ ป้องกันภาวะต่ำล็ก สังเกตภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหลังรับประทานอาหาร ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัด มีการให้สารน้ำ และใส่สายสวนปัสสาวะคา และมีปัญหาไข้สูง จึงให้การดูแลบริเวณแผลผ่าตัด สังเกตบริเวณที่ใส่สารน้ำถ้ามีการบวมแดง ทำการเปลี่ยนตำแหน่งให้ใหม่ทันที ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย และญาติ เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว ให้คำอธิบาย และให้ข้อมูล วัน เวลา สถานที่ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ชักถามถึงอาการเจ็บปวด ความสุขสบายพร้อมทั้งให้กำลังใจ แจ้งแนวทางการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ แนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน แนะนำ อธิบายตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย และญาติ โดยเน้นให้ผู้ป่วย และญาติ เห็นความสำคัญ ของการมาตรวจตามแพทย์นัด หรือมาทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ ผู้ป่วย และญาติให้ความสนใจ และซักถามจนเข้าใจดี

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลที่ให้การดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของพยาธิสรีรวิทยาของ หลอดเลือดในสมอง อาการ อาการแสดงของผู้ป่วย แนวทางการรักษา ตลอดจนนวัตกรรมแนวทางการพยาบาลใหม่ๆ ที่ได้จากการนำผลงานวิจัยหรือความรู้เชิงประจักษ์ต่างๆมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่ต้องเป็นภาระของครอบครัว

10.2 พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรมีการประสานงานในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ โดยจัดกลุ่มญาติที่มีลักษณะผู้ป่วยเหมือนกันมาให้ความรู้ โดยเน้นในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย เกี่ยวกับการสังเกตอาการที่ผิดปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

10.3 จัดให้พยาบาล ในหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาทได้รับความรู้ทางวิชาการ การรักษาพยาบาลใหม่ ๆ อยู่เสมอ

10.4 จัดหลักสูตรปฐมนิเทศบุคลากรทางการพยาบาลใหม่ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ) ..หญิงเกษมณี เขียวโมรา.....

(นางสาวเกษมณี เขียวโมรา)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)28 ต.ค. 2551.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....[Signature].....

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่).....29 ต.ค. 2551.....

(ลงชื่อ).....[Signature].....

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่).....30 ต.ค. 2551.....

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวเทียนมณี เขียวโมรา**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ 7วพบ. 983) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

เรื่อง โครงการดูแลผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ

หลักการและเหตุผล

แผลกดทับ (pressure ulcer or pressure sore) นับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหรือผู้ที่ต้องนอนอยู่หนึ่ง ๆ นาน ๆ ได้แก่ ผู้ที่มีอาการบาดเจ็บสาหัสช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง ผู้ใหญ่ที่มีปัญหาโรคสมองและหลอดเลือดมีกล้ามเนื้อเป็นอัมพาต โดยเฉพาะผู้สูงอายุมาก ๆ เคลื่อนไหวลำบาก การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง บางคนคิดว่า แผลกดทับ จะเกิดเฉพาะคนที่มีน้ำหนักตัวมากเท่านั้นแต่ในความเป็นจริง แล้วไม่จำเป็นต้องเป็นเสมอไป แผลกดทับไม่จำเป็นต้องเกิดจากแรงกดทับมากมายเพียงแต่การนอนในท่าเดิมนาน ๆ หรือนั่งนิ่ง ๆ ทั้งวัน โดยไม่เปลี่ยนอิริยาบถก็สามารถทำให้เกิดแรงกดดันกับเนื้อเยื่ออ่อน ๆ บริเวณก้น สะโพกหรือในบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับไว้ โดยปกติแล้วเส้นเลือดจะมีแรงดันของหลอดเลือดฝอย ซึ่งเปรียบเหมือนท่อน้ำประปาถ้ามีอะไรมาทับไว้ น้ำจะไหลได้เพียงเล็กน้อยลักษณะเดียวกันกับเส้นเลือดเมื่อถูกกดทับจนเลือดไม่สามารถไหลมาเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ จะทำให้บริเวณที่ถูกกดทับมีการตายของเนื้อเยื่อ ซึ่งแรงกดมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอทเป็นเวลา 2 – 4 ชั่วโมงก็สามารถทำให้เกิดแผลกดทับได้ อีกทั้งการเพิ่มของอุณหภูมิบริเวณกระดูกหรือกล้ามเนื้อที่ก้นจากการลงน้ำหนักจะมีอุณหภูมิเพิ่มขึ้นได้ 0 – 10 องศาเซลเซียส ในภาวะที่ร้อนขึ้น 1 องศาเซลเซียส เมตาบอลิซึมของร่างกายเรา จะเพิ่มมากขึ้นถึง 10 % ทำให้เซลล์ขาดเลือดไปเลี้ยงส่งเสริมให้มีการทำลายเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น ในรายที่มีอาการบวม น้ำจะทำให้เกิดการขัดขวางทางเดินอาหารและออกซิเจนจากเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงเซลล์ทำให้เกิดแผลกดทับง่ายมากขึ้นไปอีก ในสภาวะปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องอาศัยการพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องขาดความเอาใจใส่ในการดูแล และการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนดังกล่าวหรือจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมในยุคปัจจุบัน ร่วมกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการใช้เบาะหรือที่นอนที่มีแรงดันต่ำ เช่น ที่นอนฟองน้ำ เตี้ยลงม ที่นอนที่นุ่มด้วยเนื้อเจลที่จะช่วยลดแรงดันเมื่อมีการกดทับจากการนั่งหรือนอนนาน ๆ นั้น ในทางปฏิบัติไม่

สามารถหาซื้อมาใช้กับผู้ป่วยทุกรายเนื่องจากอุปกรณ์ดังกล่าวมีราคาแพงมาก ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและใส่ใจจากผู้ดูแลผู้ป่วย

ทางหออภิบาลศัลยกรรมประสาทเป็นหน่วยงานที่มีผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และในขณะนี้ยังไม่มี การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบ ดังนั้นถ้ามีการจัดทำ การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบ จะสามารถปัญหานี้ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดแผลกดทับที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ญาติดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบ

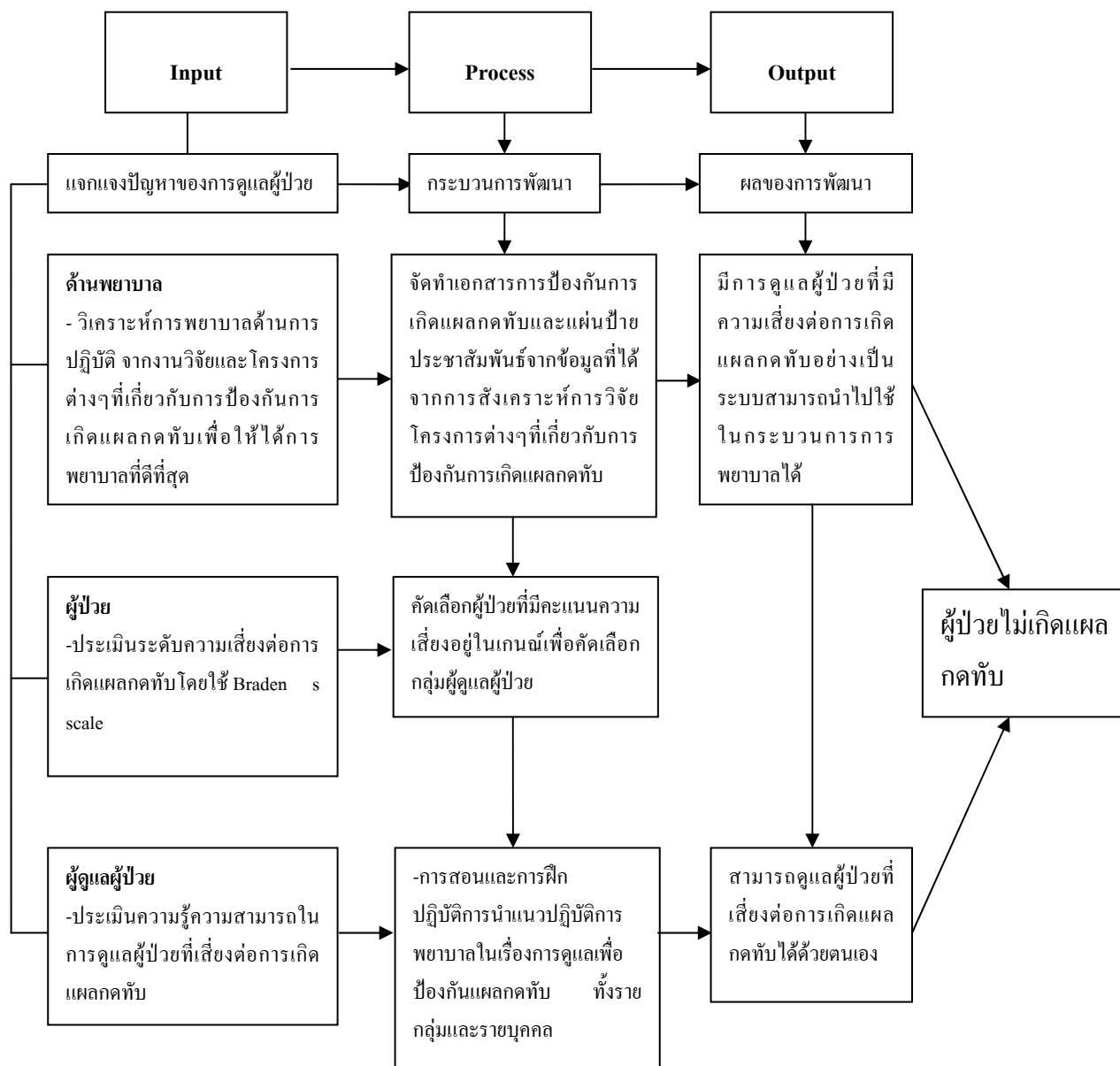
กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปดูแลรักษาตัวที่บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บสาหัสช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง ผู้ใหญ่ที่มีปัญหาโรคสมองและหลอดเลือดมีกล้ามเนื้อเป็นอัมพาตโดยเฉพาะผู้ที่สูงอายุมาก ๆ เคลื่อนไหวลำบาก การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งที่ ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือไม่ได้รับการผ่าตัดด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ และภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ แผลกดทับ

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในเรื่องการเกิดแผลกดทับนั้นเกิดขึ้นได้ง่ายและพบได้บ่อย แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วการดูแลรักษาให้หายนั้นทำได้ยากมาก ผลที่ตามมานอกจากจะเพิ่มปัญหาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจแล้วยังมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมในเรื่องระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น และเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัวและผู้ดูแลในกรณีที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วต้องไปดูแลต่อที่บ้าน ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ครอบครัวและผู้ดูแลต้องมีความตระหนัก มีความรู้ความเข้าใจวิธีการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับร่วมกับการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์อย่างเหมาะสม

แนวคิดนี้ใช้โมเดลของ CURN (The Conduct and Utilization of Research in Nursing) เป็นกรอบในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ โดยมีเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง 3 ประการคือ พัฒนาการปฏิบัติ พัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ และพัฒนาสถานการณ์ของการปฏิบัติ ขั้นตอนในการพัฒนาประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติ 4 ขั้นตอนคือ จัดทำเอกสารการป้องกันการเกิดแผลกดทับแผ่นปายประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การกำหนดกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง การสอนและการฝึกปฏิบัติการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการวัดผลการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย

โดยทำให้ความรู้จะทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของแผลกดทับ นำไปสู่ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างมีประสิทธิภาพดังรูป



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ญาติและผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตลอดจนสามารถดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยไม่มีเกิดแผลกดทับขณะดูแลต่อที่บ้าน
3. ทางหออภิบาลศัลยกรรมประสาทมึแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบ

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

อัตราการเกิดแผลกดทับ = 0 : วันนอนรวมของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 1000 วัน

(ลงชื่อ)

(นางสาวเทียนมณี เจียวโมรา)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)

