

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 เดือน (ตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม 2549 – วันที่ 30 มิถุนายน 2549)
3. ความรู้ทางวิชาการ หรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

กายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยาของเนื้องอกในสมอง

เนื้องอกสามารถเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบในร่างกาย แต่เนื้องอกในสมองจะมีลักษณะแตกต่างจากเนื้องอกที่เกิดจากระบบอื่นๆ ในร่างกาย คือ

1. ก้อนเนื้องอกจะมีการเจริญเติบโต และลุกลามเฉพาะที่ไปเบียดสมองที่ปกติ และหลอดเลือด จะทำให้เกิดอาการที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่เกิดเนื้องอกในสมองจนกระทั่งระยะสุดท้ายของโรค เป็นลักษณะเด่นของเนื้องอกในสมอง
2. ลักษณะสำคัญทางกายวิภาคที่พบเนื้องอกของสมองอยู่เฉพาะในกะโหลกศีรษะ คือ ในเนื้อสมองไม่มีหลอดเลือด จึงไม่มีการกระจายของระบบน้ำเหลือง
3. ระบบป้องกัน สมองมีระบบปิดกั้นระหว่างสมองกับหลอดเลือด (Blood Brain Barrier : BBB) จึงทำให้การแพร่กระจายของมะเร็งในสมอง หรือประสาทส่วนกลางไปยังอวัยวะอื่นในร่างกาย โดยเฉพาะกระแสเลือดมีโอกาสน้อยที่สุดถึงไม่เกิดขึ้นเลย
4. การกระจายของเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นได้วิธีเดียวคือ การฝังตัว และหลุดกระจายของเซลล์มะเร็งไปตามระบบไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง และไขสันหลัง
5. อันตรายของเนื้องอกในสมองจะรุนแรงเหมือนกับมะเร็ง แม้ว่าลักษณะทางพยาธิวิทยาจะเป็นแบบเนื้องอกธรรมดาก็ตาม เพราะมีการเจริญเติบโตไปกดเนื้อสมองส่วนดี และหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตได้
6. การฝังตัวของเซลล์เนื้องอก หรือเซลล์มะเร็งบริเวณแผลผ่าตัดเกือบไม่พบเลยเมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งของอวัยวะอื่นๆ

การจัดแบ่งชนิดของเนื้องอกในสมอง (Classification of brain tumor)

เนื้องอกในสมองแบ่งออกได้ 6 ชนิด ดังนี้

1. Gliomas เป็นเนื้องอกของปฐมภูมิ (primary intracranial tumor) ที่พบบมากที่สุด คือประมาณร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เกิดในส่วนของสมองใหญ่ (cerebrum) อายุที่พบเนื้องอกชนิดนี้มากอยู่ในช่วง 40-60 ปี
2. Pituitary adenoma พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 8 ของเนื้องอกปฐมภูมิ ส่วนใหญ่พบในอายุระหว่าง 30 – 40 ปี โดยธรรมชาติแล้วเป็นชนิดไม่ร้ายแรงแต่โดยตำแหน่งแล้วเนื่องจากเกิดในส่วนหน้าของต่อมใต้สมอง ซึ่งอยู่ในแอ่ง pituitary ฉะนั้นเมื่อก้อนโตขึ้นก็จะไปเบียด และทำลายเนื้อเยื่อที่ปกติ หรือแม้แต่กระดูก จึงมีสภาพเหมือน malignant

3. Craniopharyngioma (congenital หรือ enlarg tumor pituitary duct tumor) พบน้อย ส่วนใหญ่จะพบในอายุน้อยกว่า 20 ปี ลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็นชนิดไม่ร้ายแรง โตช้า ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการแสดงของ adipose genitalis เต็มจะอ้วนมาก และอวัยวะเพศไม่เจริญ มี hypopituitarism จากการกดต่อม pituitary มีอาการของการกดเนื้อสมองบริเวณใกล้เคียง เหมือนเนื้องอกของต่อมใต้สมองเอง

4. Pinealoma (teratoma of pineal gland) เกิดจากเนื้อเยื่อของต่อม pineal เอง เนื่องจากว่าเป็นตำแหน่งที่เข้าถึงได้ยาก ฉะนั้นการวินิจฉัยบางครั้งก็อาศัยจากการตรวจเท่านั้น โดยไม่มีผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องของมีการอุดตันของน้ำไขสันหลังคือ มีภาวะสมองบวม (hydrocephalus) ไม่สามารถจะกลอกลูกตาขึ้นด้านบนเหนือระดับ horizontal ได้ (Parinaud's syndrome) อาจจะมีอัมพาตของกล้ามเนื้อ หรือหูหนวก

5. Meningioma พบประมาณร้อยละ 15 ของเนื้องอกในสมองทั้งหมด พบในวัยกลางคน ไม่ค่อยพบในเด็ก เกิดจากเยื่อหุ้มสมองโตช้า โดยปกติค่อนข้างจะเป็นชนิดไม่ร้ายแรง แต่ในบางกรณีเซลล์อาจจะแสดงลักษณะเป็น malignant (malignant meningioma) อาการขึ้นอยู่กับการเกิดในส่วนใดของสมอง

6. มะเร็งทุติยภูมิของสมอง (metastatic brain tumor) มักจะแพร่กระจายมากจากมะเร็งของปอด เต้านม ทางเดินอาหาร ไต และ melanoma ชนิดร้ายแรงของผิวหนัง มักจะมีหลายๆก้อน ฉะนั้นการรักษาจะใช้การฉายรังสีโดยวิธี brain bath มากกว่าการผ่าตัด

อาการ และอาการแสดง

เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมองจะมีการเจริญเติบโตขึ้นตลอดเวลา ทำให้เกิดอาการ และอาการแสดงที่สำคัญ 2 พวก คือ

1. อาการทั่วไป เป็นอาการที่เกิดเนื่องจากความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งจะ ทำให้มีอาการสำคัญอยู่ 3 อย่าง (symptoms triad) คือ ปวดศีรษะ อาเจียน และตามัว เนื่องจากมีหนังตา และเส้นประสาทตาบวม และอักเสบ (papilledema choked disc) เมื่อเนื้องอกมีการขยายตัวใหญ่ขึ้นก็จะเกิดมีอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ บุคลิกเปลี่ยนแปลงไป ความรู้สึกลดลง เห็นภาพซ้อน (diplopia) หรือตาเหล่ เนื่องจาก abducens nerve palsy ศีรษะโต (ในเด็กเล็ก) วิงเวียนศีรษะ (dizziness) ชักทั้งตัว (generalized epilepsy) และ Cushing's reflex ความจริงอาการเหล่านี้ไม่ได้เป็นอาการที่เกิดขึ้นเฉพาะของเนื้องอกสมอง แต่เป็นเพียงอาการของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงเท่านั้น ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุอื่นอีกหลายอย่างได้ เช่น มีก้อนเลือดในสมอง ฝีในสมอง สมองบวม ฯลฯ

2. อาการเฉพาะที่ เป็นอาการของการสูญเสียหน้าที่เฉพาะที่ของสมองส่วนกลางที่จะถูกทำลาย หรือถูกกดเบียดโดยเนื้องอก อาการเฉพาะที่นี้ นับว่าเป็นอาการที่สำคัญในการช่วยวินิจฉัย จะบอกถึงตำแหน่งของเนื้องอก โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มาพบแพทย์นั้นส่วนใหญ่มิได้มาหาด้วยอาการที่เกิดเฉพาะที่จริงๆ แต่มักจะเป็นอาการรวมของการสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วนที่อยู่ใกล้กับตำแหน่งเนื้องอกนั้นร่วมด้วย และเนื่องจากเนื้องอกสมองมีการขยายตัวใหญ่ขึ้นตลอดเวลา ย่อมจะกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียงได้ ทำให้หน้าที่ของสมองส่วนนั้นค่อยๆ เสื่อมเพิ่มขึ้นตามมา ดังนั้นประวัติที่สำคัญซึ่งจะทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคเนื้อ

งอกสมองได้ก็คือ การมีประวัติสูญเสียหน้าที่ของสมองมากขึ้นเรียงตามลำดับ และการชักประวัตินี้ให้ละเอียด จะสามารถทำให้ทราบถึงจุดเริ่มต้นของการสูญเสียหน้าที่ของสมองเฉพาะที่

นอกจากเนื้องอกสมองจะทำให้เกิดอาการของสมองถูกทำลาย อาจมีอาการที่เกิดจากการที่สมองถูก กระตุ้นได้เช่นกัน ซึ่งสามารถแสดงออกมาในลักษณะของอาการชักในลักษณะต่าง ๆ กัน อาจเป็นชนิดชัก เฉพาะที่ (focal seizure) ซึ่งจะเป็นอาการที่สำคัญเท่ากับอาการที่เกิดจากมีการทำลายสมอง เพราะทำให้ ทราบถึงตำแหน่งของเนื้องอกได้ ในเนื้องอกชนิดนี้ส่วนมากจะเป็นอาการ และอาการแสดงของความดัน ภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง เพราะเนื้องอกสามารถทำให้เกิดการอุดตันของน้ำไขสันหลังก่อนที่จะมี อาการแสดงเฉพาะที่ตามตำแหน่งของสมอง ในกรณีเนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในโพรงสมองที่ 4 เช่นเดียวกัน จะมีอาการของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงเป็นอาการแรก และมักจะเกิดเร็วเพราะการอุดตัน ทางเดินน้ำไขสันหลังเกิดได้ง่าย ถ้าเกิดในเด็กเล็กมักพบว่า ศีรษะเด็กจะโตผิดปกติ ในบางรายเนื้องอกมีการ ขยายตัวไปสู่ช่องไขสันหลัง นอกจากจะมีอาการความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงแล้วยังมีอาการคอ แข็ง กล้ามเนื้อคอ และกล้ามเนื้อไหล่เกร็งตัวทำให้มีอาการลักษณะคอเอียง และเคลื่อนไหวได้น้อย

การวินิจฉัยโรค

1. จากอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย
2. การตรวจสมองด้วยวิธีการทางคอมพิวเตอร์ (computerized tomography scan : CT.scan)
3. การตรวจสมองด้วยวิธีการทางคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า(magnetic resonance imaging : M.R.I.) จะเป็น ประโยชน์มาก ทำให้เห็นขอบเขตตำแหน่ง ขนาด และภาวะสมองบวมน้ำ (hydrocephalus) ได้ชัดเจนมากขึ้น

การรักษา

1. การผ่าตัด การรักษาโดยการผ่าตัดมี 2 วิธี คือ
 - 1.1 ทำการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมด (total excision) ถ้าเนื้องอกสมองอยู่ในตำแหน่งที่ สามารถดำเนินการได้ และไม่ก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่สมอง หรือชีวิต ซึ่งเป็นวิธีทำให้ผู้ป่วยหายขาดจาก โรคโดยมากจะทำในรายที่เป็นเนื้องอกสมองที่มีขอบเขตชัดเจน โดยเป็นชนิดไม่ร้ายแรง
 - 1.2 ทำผ่าตัดเนื้องอกออกบางส่วน (subtotal excision) เมื่อแพทย์ได้ดำเนินการวินิจฉัยโรคแล้ว พบว่าเนื้องอกสมองเป็นในตำแหน่งที่ไม่สามารถจะผ่าตัดออกได้หมด ซึ่งจะต้องพิจารณาผ่าตัดเอาออกให้ มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ โดยจะไม่ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่สมองเพิ่มขึ้น วิธีนี้เป็นการลดการกด เนื้อสมองโดยเนื้องอก และเหมาะสำหรับในรายที่ไม่สามารถเอาเนื้องอกออกให้หมดได้ เพราะในบาง ตำแหน่งเช่นที่ พื้นของโพรงสมองที่ 4 ทางแคบๆของสมองใหญ่ หรือโพรงสมองที่ 3 ถือว่าเป็นตำแหน่งที่ อันตรายมากการพยายามเอาออกให้หมด ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหลังผ่าตัดได้ ดังนั้นควรจะทำแค่วินิจฉัยใส่ท่อ ระบายน้ำไขสันหลังออก (shunt) แล้วใช้รังสีรักษาในภายหลัง ในรายที่เนื้องอกเกิดในสมองใหญ่ อาจมี ขนาดใหญ่มากและครอบคลุมในหลายส่วนของสมองทำให้มีอันตรายหากพยายามผ่าตัดเพื่อเอาออกให้หมด

2. รังสีรักษา

การใช้รังสีรักษาภายหลังการผ่าตัด พบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น ช่วงระยะเวลาของการเกิดเนื้องอกขึ้นมาใหม่จะนานขึ้น และยังได้ผลดีขึ้นเมื่อทำการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้มากที่สุด เหลือเพียงส่วนน้อย แล้วทำการรักษาด้วยรังสีรักษาในภายหลัง

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง

ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดสมอง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด ซึ่งสามารถแบ่งการพยาบาลได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การพยาบาลด้านจิตใจ เนื่องจากการผ่าตัดสมองเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วย และญาติจะรู้สึกวิตกกังวล และกลัว พยาบาลจึงต้องเห็นความสำคัญ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้ซักถาม พุดคุยแลกเปลี่ยนให้กำลังใจ และอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความจำเป็นในการผ่าตัด วัตถุประสงค์ต่างๆขณะเข้ารับการรักษา ติดตามประสานงานให้ผู้ป่วย และญาติได้พบแพทย์เพื่อพุดคุยซักถามปัญหาที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค แผนการรักษา และผลการรักษา การพยาบาลด้านร่างกาย ให้ผู้ป่วยงดน้ำ และอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เตรียมบริเวณที่จะผ่าตัด เช่น สระผมให้สะอาดก่อนวันผ่าตัด โกนผมหมด หรือบางส่วน ควรระวังไม่ให้เกิดบาดแผล ให้ผู้ป่วย หรือผู้ปกครองโดยสิทธิชอบธรรมเป็นผู้เซ็นใบยินยอมผ่าตัด ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้ามีค่าผิดปกติ ควรรายงานแพทย์ให้รับทราบก่อนเพื่อพิจารณาแก้ไข บันทึก และประเมินอาการ และอาการแสดงผู้ป่วยว่าดีขึ้นหรือเลวลง เตรียมสิ่งของต่างๆที่จะนำไปห้องผ่าตัดตามการรักษาของแพทย์ เช่น เลือดพร้อมชุดให้เลือด สารน้ำต่างๆ ยาปฏิชีวนะ สายต่อท่อระบายออกจากแผล เป็นต้น

2. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การพยาบาลในระยะนี้มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 2 ประการ คือ เพื่อทำการรักษาชีวิตผู้ป่วย และเพื่อป้องกันมิให้มีอันตรายเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยป้องกันการเพิ่มความดันในสมอง เช่น ให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ นอนหงายราบ หรือตะแคงข้างที่ไม่ได้ทำการผ่าตัดยกหัวเตียงสูงประมาณ 10 องศา หรือ 6 นิ้ว เพื่อลดความดันในสมอง และการบวมของสมอง บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการปกติ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น ป้องกันการสูญเสียของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง โดยสังเกตน้ำซึมจากแผล จมูก หู และสายระบายเลือด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ในรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อหายใจดีแล้วแพทย์จะทำการถอดท่อช่วยหายใจออก ต้องสังเกตลักษณะการหายใจ ช่วยดูแลเสมหะในลำคอในรายที่ไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง ประเมินอาการไข้ และให้ยาปฏิชีวนะต่างๆตามแผนการรักษา บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง และบันทึกกรวม 24 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายได้ถูกต้อง ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ ในรายที่กลืนอาหารกลืนไม่ปกติต้องให้อาหารทางสายยาง สังเกตการอาเจียน การสำลัก และการย่อยของผู้ป่วยว่ารับประทานอาหารได้มากน้อยเพียงใด แนะนำญาติ และช่วยผู้ป่วยในการออกกำลังกายของแขนขา และข้อต่างๆเพื่อป้องกันข้อติดแข็ง และช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดี จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็วขึ้น

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่อง และขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

เนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมองนับว่าเป็นพยาธิสภาพที่สำคัญชนิดหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิด เมื่อก่อนเนื้องอกขยายใหญ่ก็จะไปกดหรือทำให้ความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้ และอาจทำให้เสียชีวิตในที่สุด การรักษาเนื้องอกสมองวิธีที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดเอาออกก่อนเนื้องอกออก ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมาก เพราะภายหลังการผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และอาจเกิดความพิการที่จะตามมาได้ ดังนั้นชีวิตของผู้ป่วยส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับทีมการรักษาพยาบาลที่ต้องมีคุณภาพ และประสิทธิภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นภาวะอันตรายที่อาจถึงชีวิต และความพิการที่อาจเกิดตามมา

สรุปกรณีศึกษา หญิงไทยอายุ 65 ปี เข้ารับการรักษาตัวเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2549 (HN:25463-49 AN : 12059-49) ณ ดิक्คัลยกรรมพิเศษ 3 อาการสำคัญที่นำมาคือ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ปวดศีรษะ มีน ปวดมากบริเวณท้ายทอย เดินเซ แขน และขาข้างขวาอ่อนแรง มีพุดจาัสบน ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคภูมิแพ้มาประมาณ 10 ปี ไม่มียารับประทานประจำ ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ ไม่มีประวัติแพ้ยา และอาหาร ได้ทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบมีก้อนเนื้องอกในสมอง และได้ทำการฉายภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบว่ามีเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ที่บริเวณสมองส่วนหน้า ด้านซ้ายขนาด 3 x 2.8 x 2.5 เซนติเมตร แพทย์ได้ทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อเอาก้อนเนื้องอกออก (Craniotomy with tumor removal) เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2549 เวลา 12.15 น.-18.00 น. ด้วยวิธีระงับความรู้สึกพร้อมใส่ท่อช่วยหายใจ หลังการผ่าตัดได้ย้ายผู้ป่วยมาที่หออภิบาลศัลยกรรมประสาท โดยไม่ได้กระตุ้นให้ตื่นจากยาสลบ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 130/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 85 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที โดยผู้ป่วยยังใส่ท่อช่วยหายใจ ทางปาก (endotracheal tube) ต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดจากปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ประเมินทางระบบประสาทตามกลาสโกว์ โคม่า สเกล (Glasgow coma scale) ได้ 3 คะแนน ผู้ป่วยไม่ลืมตา ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก แขน และขา 2 ข้างไม่ขยับเมื่อถูกกระตุ้นต่อการเจ็บรุ่มานตาขนาด 2 มิลลิเมตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง และมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง หลังจากนั้น 1 ชั่วโมงผู้ป่วยเริ่มตื่นมากขึ้นกลาสโกว์ โคม่า สเกล เพิ่มขึ้นเป็น 10 คะแนน ผู้ป่วยลืมตาได้เอง ทราบตำแหน่งที่เจ็บเมื่อถูกกระตุ้นต่อการเจ็บ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย แขนขาข้างขวายอ่อนแรงมาก อาการคงที่นาน 3 ชั่วโมง แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาพบว่าผู้ป่วยตื่นช้า ยังไม่ทำตามคำสั่ง และมีแขนขาข้างขวายอ่อนแรงมากอยู่จึงมีคำสั่งให้ไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองด่วนเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2549 พบว่ามีก้อนเลือดออกบริเวณฐานของเนื้องอกที่เอาออกไปแล้วร่วมกับภาวะสมองบวม จึงได้ทำการผ่าตัดฉุกเฉิน ครั้งที่ 2 คือ เปิดกะโหลกศีรษะเพื่อเอาก้อนเลือดออก (Re-craniotomy with clotted removal) เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2549 เวลา 00.45 น.- 02.30 น. หลังผ่าตัดได้กลับมาที่หออภิบาลศัลยกรรมประสาทอีกครั้งเมื่อเวลา 02.40 น. โดยใส่ท่อช่วยหายใจ และต่อเครื่องช่วยหายใจให้ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ประเมิน

อาการทางระบบประสาทตามกลาสโกว์ โครมา สเกล และสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงตลอดพร้อมสังเกตอาการชักเกร็งกระตุก กลาสโกว์ โครมา สเกล ได้ 10 คะแนน ผู้ป่วยล้มตาได้เอง แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย แขนขาข้างขวาอ่อนแรงมากเมื่อถูกกระตุ้นต่อการเจ็บ ไม่พบอาการชักเกร็งกระตุก สัญญาณชีพปกติ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดสมองบวม Dexamethasone 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และยากันชัก Dilantin 100 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ให้งดน้ำ และอาหารทางปากได้รับยาลดการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหาร Ranidine 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง และได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%D/NSS/2 ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วันที่ 7 มิถุนายน 2549 เวลา 06.00 น.เจาะน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วเท่ากับ 219 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จึงเปลี่ยนสารน้ำเป็นชนิด 0.9%NSS ในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เจาะน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วเมื่อเวลา 11.30 น. ได้ 106 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เริ่มให้อาหารทางสายยางเป็นอาหารปั่นผสม อัตราส่วน 1:1 จำนวน 200 มิลลิลิตร จำนวน 4 มื้อ ประเมินการย่อยอาหารของผู้ป่วย พบว่าไม่มีอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหาร วันที่ 8 มิถุนายน 2549 เพิ่มอาหารปั่นผสมเป็น 300 มิลลิลิตร จำนวน 4 มื้อ เป็นเวลา 8 วัน (8-16 มิ.ย. 49) ผู้ป่วยรับได้ดีทุกมื้อ ไม่มีเหลือค้างในกระเพาะอาหาร ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังให้อาหาร จึงหยุดให้ยา Ranidine ทางหลอดเลือดดำ เปลี่ยนเป็น Sucralfate ชนิดรับประทาน ขนาด 1 กรัม ให้ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเข้า เย็น เป็นเวลา 9 วัน (7-16 มิ.ย.49) และเพิ่มยาบำรุงสมองชนิดรับประทาน Nootropil ขนาด 400 มิลลิกรัม 3 เม็ด วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ได้ลดอัตราหยดของ 0.9%NSS เป็น 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเป็นเวลา 4 วัน (8-12 มิ.ย.49) ประเมินอาการตามกลาสโกว์ โครมา สเกล อาการคงที่เท่ากับ 10 คะแนน ไม่พบอาการชักเกร็งกระตุก ไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากสมองบวม แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยากันชักเป็นชนิดรับประทาน Dilantin 50 มิลลิกรัม 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเข้า กลางวัน เย็น และลดขนาดยา Dexamethasone 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เป็นทุก 8 ชั่วโมงเป็นเวลา 2 วัน (7-9 มิ.ย.49) ทุก 12 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 วัน (9-12 มิ.ย.49) ทุก 24 ชั่วโมงเป็นเวลา 4 วัน (12-16 มิ.ย.49) จึงหยุดยา สังเกตอาการข้างเคียงขณะได้ยากันชัก และยาลดสมองบวม ไม่พบอาการข้างเคียงใดๆเช่น ไม่มีผื่นคันตามผิวหนัง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร วันที่ 12 มิถุนายน 2549 ได้เพิ่มยาบำรุงสมองอีกชนิด คือ Vit B-complex 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหารเข้า กลางวัน เย็น และลดอัตราหยดของ 0.9%NSS เป็น 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงเป็นเวลา 8 วัน (12-20 มิ.ย.49) หลังผ่าตัดได้รับยาปฏิชีวนะเป็น Cefrom 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง วันที่ 14 มิถุนายน 2549 หลังผ่าตัดวันที่ 9 ผู้ป่วยเริ่มมีไข้สูงอุณหภูมิอยู่ในช่วง 38.2 - 38.8 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้ Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม 2 เม็ด เมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า หรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส บันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะการติดเชื้อตามระบบทางเปิดต่างๆ ไม่พบอาการอักเสบของบริเวณที่ให้สารน้ำ บริเวณที่ใส่สายสวนคาปัสสาวะไม่มีการอักเสบไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึม แผลผ่าตัดแห้งดี ติดกันดี ไม่มีอาการบวม แดง อักเสบ ตรวจเลือดเพาะเชื้อ เสมหะเพาะเชื้อ ตรวจโลหิตวิทยา ผลตรวจเลือดเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อชนิดใดในเลือดที่ส่งเพาะเชื้อ ผล

ตรวจโลหิตวิทยา พบค่าเม็ดเลือดขาว 14,000 เซลล์ ผลตรวจเสมหะเพาะเชื้อ พบเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Pseudomonas aeruginosa* ซึ่งเป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในขณะที่มีท่อช่วยหายใจอยู่ แต่มีความไวต่อยาปฏิชีวนะที่ให้อยู่ขณะนั้น แพทย์พิจารณาให้ยาต่อจนครบ 14 วัน แล้วหยุดยา (5-18 มิ.ย.49) ดูแลให้กายาบาลโดยยึดหลักปลอดเชื้อ เวลา 09.00 น. ของวันที่ 14 มิถุนายน 2549 ผู้ป่วยตื่นมากขึ้น กลาสโกว์ โครมา สเกล เป็น 11 คะแนน ผู้ป่วยล้มตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ดี แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง แขนขาข้างขวามีแรงมากขึ้นกว่าตอนแรก หายใจผ่านท่อช่วยหายใจได้ดี ไม่เหนื่อย วัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดวัดที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงพิจารณาหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยให้ผู้ป่วยหายใจกับออกซิเจนแบบ T- Piece อัตรา 10 ลิตรต่อนาที สังเกตการหายใจ ดูแลดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ ประเมินภาวะขาดออกซิเจน พบว่าผู้ป่วยหายใจดีไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดวัดที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ เสมหะมีปริมาณพอควร ผู้ป่วยช่วยไอออกได้ วันที่ 15 มิถุนายน 2549 เวลา 06.00 น. แพทย์จึงถอดท่อช่วยหายใจออก แล้วให้ออกซิเจนแบบ mask with bag ด้วยอัตรา 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไอขับเสมหะออกได้เอง จึงหยุดให้ออกซิเจน วันที่ 16 มิถุนายน 2549 ผู้ป่วยตื่นมากขึ้น พูดได้เป็นคำๆ ทำตามคำสั่งได้ดี แขนขาข้างขวามีแรงมากขึ้น ขยับเองได้มากขึ้นกว่าตอนแรกๆ อุณหภูมิร่างกายเริ่มลดลงอยู่ในช่วง 36.5-37 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 14 วัน เริ่มรับประทานอาหารเหลวเวลา 12.00 น. ดูแลช่วยป้อนอาหารพร้อมสังเกตอาการสำลัก กลืนลำบาก ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีอาการสำลัก ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังรับประทานอาหาร แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาย้ายผู้ป่วยไปพักฟื้นที่ตึกศัลยกรรมประสาท เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2549 เวลา 19.00 น. และส่งผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดทุกวันจนกลับบ้าน (16-23 มิ.ย.49) วันที่ 20 มิถุนายน 2549 เวลา 18.00 น. เยี่ยมอาการที่ตึกศัลยกรรมประสาท พบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ดี จึงหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือด ผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ดีแต่ยังมีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เช่น แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ให้ใช้แขนขาข้างซ้ายช่วยในการออกกำลังของแขนขาข้างขวา ในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น ฝึกใช้มือซ้ายในการรับประทานอาหาร แปรงฟัน หรือหยิบจับของต่างๆ เป็นต้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และปฏิบัติตามได้ดี วันที่ 23 มิถุนายน 2549 เวลา 09.00 น. เยี่ยมอาการครั้งที่ 2 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลจัดสิ่งแวดล้อม และที่พักอาศัย ให้ผู้ป่วยพักอยู่ชั้นล่าง ทำราวสำหรับให้ผู้ป่วยเกาะเดิน การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ชัก เกร็ง กระตุก ให้รีบไปพบแพทย์ ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 23 มิถุนายน 2549 เวลา 14.00 น. และนัดมาตรวจอีก 1 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน (วันที่ 30 มิถุนายน 2549) รวมระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 23 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 เลือกรื่องการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง โดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรคที่พบบ่อย และนำเสนอใจ

4.2.2 ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมองจากเอกสารตำราต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา

4.2.3 ศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วย โดยประเมินปัญหา และวางแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

4.2.4 สรุปผลการรักษา และการพยาบาล นำมาเรียบเรียง แล้วไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านระบบประสาท เพื่อตรวจสอบ และทบทวนความถูกต้องของผลงาน

4.2.5 ตรวจสอบความถูกต้องก่อน และหลังพิมพ์

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

โรคเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมองนับเป็นพยาธิสภาพที่สำคัญชนิดหนึ่ง ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดมีเนื้องอกขึ้นเมื่อก่อนเนื้องอกขยายใหญ่ขึ้นจะเป็นสาเหตุให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้ และอาจทำให้เสียชีวิตในที่สุด การรักษาเนื้องอกสมองวิธีที่ดีที่สุดคือ การผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกออก ซึ่งถือว่าสำคัญมากเพราะภายหลังการผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และอาจเกิดความพิการที่จะตามมาได้ ดังนั้นชีวิตของผู้ป่วยส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับทีมการรักษาพยาบาลที่ต้องมีคุณภาพและประสิทธิภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นภาวะอันตรายที่อาจถึงชีวิต และความพิการที่อาจเกิดตามมา จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อเอาก่อนเนื้องอกออก รั่วในควมดูแลหลังผ่าตัดซึ่งการดูแลรักษาต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลากรหลายฝ่ายคือ ประสาทศัลยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยเอง โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแล เฝ้าระวังปัญหา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดได้ เช่น

1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจและการระบายเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัด เช่น การมีเลือดออกซ้ำ และสมองบวม
3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และจากการสอดใส่สายต่างๆเข้าสู่ร่างกายเพื่อการรักษา
4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความไม่สมดุลย์ของสารน้ำสารอาหาร และอิเล็กโทรไลต์
5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากผลคุกคามของโรคที่มีต่อร่างกายและจิตใจ และวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ให้การพยาบาล ศึกษาติดตามผลและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 31 วัน และติดตามเยี่ยมอาการจำนวน 2 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ พุดคุยรู้เรื่อง มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวคิดใหม่ๆเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์ และในการรักษาโรค

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยทางสมองต้องได้รับดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ พื้นฐานทางกายวิภาคสรีรวิทยาของสมอง การรักษา การดำเนินโรค และความสัมพันธ์ระหว่างอาการของผู้ป่วยกับการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพทางระบบประสาทที่เกิดขึ้น เพื่อประเมิน และสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทัน และรายงานแพทย์ได้รวดเร็วเพื่อให้การรักษา จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบปัญหาดังต่อไปนี้ ด้านการหายใจ ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และมี ผลต่อสมองทำให้ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จะทำให้สมองบวม ดังนั้นจึงต้องดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ปัญหาทางด้านระบบประสาท ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนจากรอยโรค และการผ่าตัด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในสมองเพิ่มขึ้นได้ ฉะนั้นต้องให้การดูแลโดยการเฝ้าระวัง และประเมินผู้ป่วยทั้งทางด้านระบบประสาท คือระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวต่างๆ และด้านสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ปัญหาอาจเกิดภาวะสารน้ำ และอาหารไม่สมดุล หลังผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ดื่มน้ำ และอาหารทางปาก 1 วัน จากนั้นให้อาหารทางสายยาง ประเมินการย่อยของกระเพาะ ภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหลังให้อาหาร ปัญหาภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัด มีการใส่สารน้ำ และมีการใส่สายสวนปัสสาวะ มีไข้สูง ให้การดูแลบริเวณแผลผ่าตัด และทำแผล ให้วันละ 1 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตบริเวณที่ให้สารน้ำถ้ามีการบวมแดง ทำการเปลี่ยนตำแหน่งให้ใหม่ทันที ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย และญาติ เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว การอธิบาย และให้ข้อมูล วันเวลา สถานที่ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ซักถามถึงอาการเจ็บปวด ความสุขสบายพร้อมทั้งให้กำลังใจ แจ้งแนวทางการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ แนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน แนะนำ อธิบายตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย และญาติ โดยเน้นให้ผู้ป่วย และญาติ เห็นความสำคัญ ของการมาตรวจตามแพทย์นัด หรือมาทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ ผู้ป่วย และญาติให้ความสนใจ และซักถามจนเข้าใจดี


10. ข้อเสนอแนะ

10.1 การผ่าตัดสมองเป็นการผ่าตัดใหญ่ผู้ป่วย และญาติย่อมมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก ดังนั้นทีมการพยาบาลควรเอาใจใส่ และเล็งเห็นความสำคัญในการพูดคุย และอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อากาศ และอาการแสดง แนวทางการรักษาพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และญาติ และกรณีฟ้องร้องต่างๆ

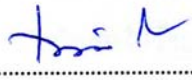
10.2 มีการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเนื้องอกสมองแก่ประชาชนทั่วไป โดยจัดนิทรรศการให้ความรู้ตามสถานที่ต่างๆ เช่น ห้างสรรพสินค้า ชุมชนต่างๆ หรือสื่อสารมวลชนต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สิ่งตีพิมพ์ต่างๆ ให้ตระหนักถึงอาการเริ่มแรกของโรค เน้นให้เห็นความสำคัญในการมาพบแพทย์ตั้งแต่มีอาการเริ่มต้น เพื่อให้การรักษาที่ทันท่วงที


10.3 ทางโรงพยาบาลควรส่งเสริม จัดหาทุนให้พยาบาลในหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาทได้รับความรู้ทางวิชาการ การรักษาพยาบาลใหม่ๆ อยู่เสมอ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....

 (นางสาวอุไร โพธิวัฒน์)
 พยาบาลวิชาชีพ 5
 ผู้ขอรับการประเมิน
 วันที่ 9 เมษายน 2551

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

 (นางเพลินพิศ ปานสว่าง)
 ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
 และวชิรพยาบาล
 วันที่.....
 - 9 เม.ย. 2551

ลงชื่อ.....

 (ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
 และวชิรพยาบาล
 รักษาการ ในตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์
 วันที่.....
 10 เม.ย. 2551

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวอุไร โพธิวัฒน์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ 7วพบ. 954) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

เรื่อง โครงการเคารพผู้ตาย ห่วงใยญาติและครอบครัว

หลักการและเหตุผล

ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งกับตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วยทุกประเภทมีผลกระทบต่อบุคคลแบบองค์รวม คือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ในส่วนผลกระทบต่อด้านสังคมนั้นมีความหมายกว้างรวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติและสมาชิกในครอบครัว เศรษฐกิจ และบทบาทของบุคคลทั้งในระดับครอบครัว สถานที่ทำงาน และบทบาทในสังคมที่ผู้ป่วยดำรงอยู่ การมีสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะใกล้ตายอยู่ในความดูแล ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความกลัว วิตกกังวล เครียด รู้สึกผิด หมดหวัง หรือคิดว่าเป็นภาระที่ต้องมาดูแลผู้ป่วย พร้อมกันนี้การที่ญาติได้มีโอกาสดูแลหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำให้ญาติได้แสดงความรัก ความห่วงใย และเป็นโอกาสได้ทดแทนบุญคุณ ปฏิบัติของญาติเมื่อรับรู้ว่าคุณคนในครอบครัวหรือบุคคลที่ตนรักเจ็บป่วยหรือกำลังจะจากไป จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเช่น ประสบการณ์ชีวิต ระดับการศึกษา ภาวะทางอารมณ์ของแต่ละคน ลักษณะของครอบครัว สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว วัฒนธรรมประเพณีปฏิบัติ ความเชื่อ รวมทั้งแนวทางในการเผชิญปัญหาหรือวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ

ในปัจจุบันนี้ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้าการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทั้งที่เป็นแบบเพื่อบรรเทาอาการหรือแบบประคับประคองชีวิตในระยะสุดท้าย เมื่อญาติผู้ป่วยมาเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ หรือพบอุปสรรคทางการแพทย์ต่างๆมากมายติดตัวผู้ป่วย ประกอบกับเวลาที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยมักถูกจำกัดด้วยเวลาและต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎระเบียบของทางโรงพยาบาล อาจทำให้ญาติเกิดความกลัว วิตกกังวล ต้องการข้อมูล ความช่วยเหลือ ความมั่นใจ และกำลังใจจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่กับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยต่างๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่กับผู้ป่วยได้นานเท่าที่ควรจะได้ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้าโศกเสียใจ และเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดการพลัดพรากหรือสูญเสีย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจึงควรเข้าใจปัจจัยเหล่านี้เพื่อจะได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแล

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรี ได้รับความเคารพ เกิดการตายอย่างสงบ ตายดี (good dead)
2. เพื่อให้ญาติและครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและความตาย
3. เพื่อให้ญาติและครอบครัวเตรียมความพร้อมในการเผชิญภาวะพลัดพรากและการสูญเสีย

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

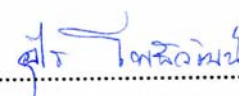
พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงวาระสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคทางระบบประสาทต่างๆ ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือไม่ได้รับการผ่าตัดด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้มาก การเกิดโรคมักเกิดอย่างเฉียบพลัน และมีอัตราการตายค่อนข้างสูง ทำให้บั่นทอนความรู้สึกของญาติและครอบครัวเป็นอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะระยะสุดท้ายของชีวิต ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและจริยธรรมทางการแพทย์ ญาติผู้ป่วยเหล่านี้ยังไม่พร้อม และไม่ได้เตรียมใจในการพลัดพรากและการสูญเสีย ในบางครั้งจึงแสดงอาการเศร้าโศก เสียใจ เครียด หรือแสดงพฤติกรรมแปลกๆออกมา แนวทางการช่วยเหลือครอบครัวและญาติเหล่านี้ มุ่งเน้นให้ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกของการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักทฤษฎีการดูแลบุคคลแบบองค์รวม (holistic care) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนต้องการการดูแลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและภูมิหลังอื่นๆ รวมทั้งญาติของผู้ป่วยแต่ละคนก็มีความต้องการที่แตกต่างกัน โดยแนะนำพูดคุยกับญาติอย่างมีมิตรไมตรีและให้กำลังใจ แสดงออกถึงความห่วงใย หาแนวทางช่วยเหลือในสิ่งที่ขาด ให้ญาติและครอบครัวได้มีเวลาอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และช่วยเหลือเมื่อญาติต้องการจะทำพิธีกรรมทางศาสนาให้กับผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม อนุญาตให้ครอบครัวและญาติได้อยู่กับศพนานเท่าที่สามารถจะทำได้ และจัดหาสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น พระพุทธรูป หนังสือธรรมะหรือเทพธรรมะต่างๆ ให้ผู้ป่วยหรือญาติได้บูชา เปิด หรืออ่านให้ผู้ป่วยฟัง ทั้งนี้เพื่อให้ญาติมีเวลาเตรียมความพร้อมในการเผชิญการพลัดพรากและการสูญเสีย ลดความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และได้รับความห่วงใยประดุจญาติคนหนึ่งจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ญาติและครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ไม่เดียวดาย ไม่ถูกทอดทิ้ง
2. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ญาติมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลของทีมการพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. จำนวนข้อร้องเรียนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต 0 ราย

ลงชื่อ.....

(นางสาวอุไร โภธิวัฒน์)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 9 เมษายน 2551