

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเนื่องจากมีเลือดคั่งภายในสมอง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เสนอโดย

นางสาวศุภมาส ประดงจงเนตร  
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)  
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 247)  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง  
สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเนื่องจากมีเลือดคั่งภายในสมอง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 69 วัน ( ตั้งแต่ วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2551 )
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ผู้ป่วยภาวะเลือดคั่งหรือภาวะเลือดออกในสมอง มักจะมีอัตราการตายจากโรคนี้สูงที่สุดในระยะ 48 ชั่วโมงแรก พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจถึงการดำเนินของโรค และสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็วเพื่อช่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัยซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรอดชีวิตและลดความพิการ

หลอดเลือดแตกในสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสี่ยงดังนี้ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่

ในทางจุลพยาธิพบว่าหลอดเลือดแดงของผู้ป่วยเหล่านี้จะมีลักษณะของ Lipohyalinosis ซึ่งเป็นการสะสมของเซลล์ไขมันที่ผนังชั้นกลางของหลอดเลือดแดง การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ทำให้หลอดเลือดฝอยเส้นเล็กเหล่านี้มีผนังที่ไม่แข็งแรงที่ไม่สามารถทนต่อความดันโลหิตสูง ( เขาวนุช คงदान, 2548 :236 )

### อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยส่วนมากจะเป็นอย่างเฉียบพลัน เช่นปวดศีรษะคลื่นไส้อาเจียน ชัก เดินเซ พูดลำบาก พูดไม่ออกหรือฟังไม่เข้าใจ แขนขาอ่อนแรง หรือชาทันทีครึ่งซีกเสียการทรงตัว

### การวินิจฉัยโรค

1. จากการซักประวัติควรซักประวัติเพิ่มเติมจากผู้ป่วยญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์มักจะบอกได้ว่าผู้ป่วยกำลังทำกิจกรรมโดยอยู่ และซักประวัติโรคประจำตัวผู้ป่วย
2. การตรวจร่างกายประกอบด้วย การตรวจสัญญาณชีพ และการประเมินการรู้สึกของผู้ป่วยโดยการถามและการให้เคลื่อนไหวตามคำสั่ง หรือถ้าทำไม่ได้ให้ดูปฏิกิริยาต่อการเจ็บปวดเช่นการถูกหยิกเป็นต้น การดูปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ( pupil response )
3. การตรวจวิเคราะห์พิเศษ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง Computer Scan ( CT Scan ) และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า Magnetic Resonance Imaging ( MRI ) ( เขาวนุช คงदान, 2548 :240 )

### การรักษา

- 1.เป็นการรักษาทางยาถ้าอาการของผู้ป่วยไม่หนัก และก้อนเลือดมีขนาดไม่ใหญ่
- 2.การรักษาโดยการผ่าตัด ถ้ามีก้อนเลือดขนาดใหญ่แพทย์อาจพิจารณาโดยทำการผ่าตัด

## แนวคิดที่นำมาใช้

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ การดูแลตนเองในภาวะนี้มี 6 ประการคือ 1. แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือ, 2. รับรู้ สนใจ รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง, 3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น, 4. รับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค, 5. ปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษา โดยคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดี ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสม ในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น, 6. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ในรูปแบบการดำเนินชีวิตของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีเลือดคั่งในสมองอาจเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัดภายหลังการผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและเฝ้าระวังเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตตามปกติให้มากที่สุด

### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้าง มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ด้วยอาการ เป็นลม หมดสติ ส่งตรวจ CT Scan ผลพบ ผู้ป่วยมีเลือดออกในสมอง ส่วน Basal ganglia แพทย์ได้รับตัวไว้ในอนในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ได้รับการรักษาโดยใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ในระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อนำก้อนเลือดออก หลังการทำผ่าตัด ผู้ป่วยมีปัญหา ภาวะสมองบวม มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ มีอาการเกร็งกระตุกทั้งตัว ได้รับการดูแลจนสามารถเอาท่อหลอดลมคอออกได้ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง จากเอกสารวิชาการ
2. เลือกโรคที่น่าสนใจ และพบได้บ่อยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มา 1 เรื่อง
3. นำข้อมูลที่รวบรวมได้ จัดทำเป็นเอกสาร และตรวจสอบความถูกต้อง นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ

นำเสนอตามลำดับขั้น

#### 5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ ไม่มี ”

#### 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อายุ 59 ปี อาชีพรับจ้าง เลขที่ภายนอก 26788/51 เลขที่ภายใน 6923/51 เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ด้วยอาการ เป็นลมหมดสติ ไม่รู้สึกตัวได้รับการรักษาโดยใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ส่งตรวจ CT Scan ผลตรวจพบมีเลือดคั่งในสมอง ( Right Basal ganglia hemorrhage ) แพทย์ให้เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เวลา 11.45 น. ผู้ป่วยไม่ทำตามสั่ง ลืมตาเมื่อเจ็บ แขนขาขวาอ่อนแรงเล็กน้อย แขนขาซ้ายอ่อนแรงมาก รูม่านตามีขนาด 1 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง Glasgow coma scale ( GCS ) เท่ากับ 6+T แพทย์ไม่สามารถทำผ่าตัดได้เพราะผู้ป่วยมีปัญหาความดันโลหิตสูงต้องให้ยาลดความดันโลหิต วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เวลา 05.30 ผู้ป่วยซึมลง GCS ลดจาก 6+T เหลือ 2+T แพทย์ให้ยา Mannitol 300 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 80 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง งดน้ำและอาหารทางปากเพื่อทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ นำเลือดคั่งในสมองด้านขวาออก ( Craniectomy with blood clot removal ) เวลา 09.00 น. ผู้ป่วยสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 250 มิลลิกรัม การผ่าตัดเสร็จเวลา 12.00 น. หลังทำผ่าตัดแพทย์ให้รักษาต่อในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ตรวจบันทึกอาการทางระบบประสาท ผู้ป่วยยังไม่ลืมตา แขนและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรงมาก รูม่านตาทั้ง 2 ข้างมีขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี ตรวจบันทึก GCS เท่ากับ 3+T ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 165/73 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 65 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิกรัม ผสมกับ Vitamin B.complex 2 มิลลิกรัม หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 60 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง คู่กับ Glyceol 500 มิลลิกรัม หยดเข้าทางหลอดเลือดดำอัตราหยด 20 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ให้น้ำและอาหารทางปาก ให้ยาปฏิชีวนะ Cefotaxime 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง, Amikin 500 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง, Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง, Ranidine 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง, Nitrogeceril ( NTG ) 10 มิลลิกรัม ผสม 5 % D/W 100 มิลลิกรัม หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 10 มิลลิกรัม ปรับตามความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงระหว่าง 140/70 -160/100 มิลลิเมตรปรอท และให้ Diazepam 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หากมีอาการชัก ให้รายงานแพทย์ แนะนำระเบียบการเยี่ยม อธิบายอาการของผู้ป่วยให้ญาติทราบ ดูแลให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยติดต่อแพทย์ให้ญาติสอบถามผลการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 3 แพทย์ประเมิน อาการทางระบบประสาท พบผู้ป่วยซึมลง ส่งทำเอกซเรย์สมอง ผลเอกซเรย์พบ มีภาวะสมองบวม ( Brain edema ) แพทย์ให้การรักษาด้วย Glyceol 500 มิลลิกรัม หยดเข้าทางหลอดเลือดดำอัตราหยด 40 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง

จำนวน 4 ขวด ให้ Lasix 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสูง 457 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์ให้การรักษาด้วย Humulin - R 20 unit ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อชั้นใต้ผิวหนัง ก่อนให้อาหารมื้อเช้า ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ระหว่าง 120 - 170 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์เริ่มให้ยา Metformin 850 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานหลังอาหารเช้าและเย็น ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเหลือ 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เจาะเลือดตรวจทางเคมีคลินิก พบค่า Potassium ในร่างกายต่ำ 2.9 มิลลิโมลต่อลิตร ( ค่าปกติ 3.5 - 5.5 มิลลิโมลต่อลิตร ) และค่า Sodium ในร่างกายต่ำ 119 มิลลิโมลต่อลิตร ( ค่าปกติ 136 - 145 มิลลิโมลต่อลิตร ) แพทย์ให้ Potassium chloride (KCl) 20 mEq ใน 3% NaCl 500 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จำนวน 2 ขวด เจาะเลือดตรวจทางเคมีคลินิก Potassium ในร่างกายมีค่าเท่ากับ 3.5 มิลลิโมลต่อลิตร ( ปกติ 3.5 - 5.5 มิลลิโมลต่อลิตร ) ผล Sodium ในร่างกาย 139 มิลลิโมลต่อลิตร ( ปกติ 136 - 145 มิลลิโมลต่อลิตร ) วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิตต่ำ 100/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ Haemaccel 500 มิลลิลิตร อัตราหยด 200 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 15 นาที ครบแล้วให้ อัตราหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จำนวน 2 ขวด วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 120/70 - 130/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยตื่นมากขึ้นลืมตาเมื่อเรียก ชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ GCS เท่ากับ 10+T แพทย์เริ่มหยดเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจได้ดี สามารถถอดท่อหลอดลมคอออกได้ ใส่ออกซิเจนชนิดหน้ากาก ( Mask with bag ) อัตราการไหลออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวทางสายยางรับประทานอาหารได้ดี หยดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ถอดสายสวนปัสสาวะออก สามารถถ่ายปัสสาวะได้ ส่งปรึกษากายภาพบำบัด อาการผู้ป่วยทุเลา แพทย์ให้ไปรักษาต่อ ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 20/9 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ แขนขาขวากำลึงปกติ แขนขาซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาตรวจอีกครั้งในวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2551 รวมวันที่รักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 47 วัน รวมวันที่อยู่โรงพยาบาล 69 วัน

### ปัญหาทางการพยาบาล

**ปัญหาที่ 1.** เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากเกิดพยาธิสภาพในช่องกะโหลกศีรษะ ข้อมูลสนับสนุน ผลการตรวจGCSเท่ากับ 6+Tผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบเลือดออกในสมอง ทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือสมองบวมหลังผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ตรวจและบันทึกอาการทางระบบประสาท ถ้าพบความผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์ทราบทันที โดยดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่า

นอนให้เหมาะสม ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อให้เลือดค้ำไหลกลับหัวใจได้ดี ไม่เกิดการคั่งของเลือดในสมองให้ยาลดบวม และยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา ได้แก่ Mannitol, Dexamethasone, Glyceol, lasix ผลการประเมินทางระบบประสาท GCS เท่ากับ 15 ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมด เมื่อการเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 2.** การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระดับความรู้สติเปลี่ยนแปลง และมีเลือดออกในสมอง ข้อมูลสนับสนุน วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้ 90 เปอร์เซ็นต์ เป้าหมายของการพยาบาล การหายใจมีประสิทธิภาพ กิจกรรมการพยาบาล ส่งเสริมให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การดูดเสมหะด้วยหลักปราศจากเชื้อ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วอยู่ในเกณฑ์ปกติ 95 - 100 เปอร์เซ็นต์ การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 95 เปอร์เซ็นต์ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป เมื่อการเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 3.** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการชักภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บ กระแทบกระเทือน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการชักภายหลังการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันและช่วยเหลือได้ทันเวลาเมื่อผู้ป่วยมีอาการชัก การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอาการชักวันที่ 2 หลังผ่าตัด ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป เมื่อการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 4.** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกาย เนื่องจากการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด เป้าหมายของการพยาบาล มีความสมดุลของสารน้ำ และ electrolyte กิจกรรมการพยาบาล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก การประเมินผล จำนวนสารน้ำเข้าและออกสมดุลปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป เมื่อการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 5.** ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยต้องเข้าห้องผ่าตัดด่วน เป้าหมายของการพยาบาล ลดความวิตกกังวลของญาติ กิจกรรมการพยาบาล เปิดโอกาสให้ญาติระบายความวิตกกังวล และสอบถามข้อสงสัย ให้ข้อมูลในเรื่องที่ญาติวิตกกังวล การประเมินผล ญาติเข้าใจอาการและการรักษา ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมด ในการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 6.** มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและ electrolyte ในร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารทางปาก ผลการตรวจ electrolyte ค่า potassium เท่ากับ 3.1 มิลลิโมลต่อลิตร ( ค่าปกติ 3.5 - 5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) เป้าหมายของการพยาบาล มีความสมดุลของสารน้ำ และ electrolyte กิจกรรมการพยาบาลเพิ่มเติม ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสมกับ KCl 40 mEq อัตราการหยด 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น อาการอ่อนแรง เป็นตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก ชักเกร็ง บันทึกจำนวนสารน้ำเข้า และน้ำออกจากร่างกาย เพื่อประเมินการทำงานของไต การประเมินผล ผลการตรวจ electrolyte ค่า potassium เท่ากับ 3.5 มิลลิโมลต่อลิตร ปัญหาได้รับการแก้ไข ในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 7.** ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ pain score เท่ากับ 6 คะแนน เป้าหมายของการพยาบาล ผู้ป่วยมีความสุขสบายปวดแผลน้อยลง กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการปวดโดย pain score และสังเกตสีหน้าท่าทาง เพื่อช่วยให้ทราบถึงสาเหตุการปวด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Tramal 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ปัญหาได้รับการแก้ไข ในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 8.** เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เป้าหมายของการพยาบาล ไม่เกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ กิจกรรมการพยาบาล ดูแลทางเดินปัสสาวะให้เป็นระบบปิดอยู่เสมอเพื่อป้องกัน การติดเชื้อจากภายนอก ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำสบู่เข้า เย็น และเมื่อสกปรกเพื่อป้องกันการหมักหมมของเชื้อโรค ปัญหาได้รับการแก้ไข ในการเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 9.** เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากมีช่องทางเปิดบริเวณที่ผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุนผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการพยาบาลทุกครั้ง สังเกตและบันทึกอาการปวดบวมแดงร้อน ลิงระบายที่ซึมออกจากแผลผ่าตัด ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรมากกว่า 130 ครั้งต่อนาที อาจแสดงถึงภาวะติดเชื้อ ทำความสะอาดแผลด้วยหลักสะอาดปราศจากเชื้อทุกวัน ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ปัญหาได้รับการแก้ไข ในการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 10.** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อมูล  
 สนับสนุนใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจ นานเกิน 48 ชั่วโมง เป้าหมายของการพยาบาล ไม่เกิด  
 ภาวะปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ กิจกรรมการพยาบาล ดูแลความสะอาดในช่องปาก  
 ด้วยการแปรงฟันและลิ้นวันละ 3 ครั้ง ดูแลเสมหะด้วยหลักปราศจากเชื้อ เปลี่ยนสาย proximal tube, swivel  
 และ หัว ambu bag ทุก 24 ชั่วโมง และเทน้ำใน water trap ที่ ติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผลการตรวจ  
 ปกติ การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในการ  
 เชื่อมครั้งที่ 6 วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 11.** มีภาวะสมองบวมหลังผ่าตัด เนื่องจากมีน้ำคั่งในเซลล์หรือนอกเซลล์สมองเพิ่มขึ้น ข้อมูล  
 สนับสนุน ผลเอกซเรย์สมอง วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เวลา 10.00 น. พบสมองบวม เป้าหมายของการ  
 พยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะสมองบวมหลังผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล ตรวจและบันทึกสัญญาณ  
 ชีพ และอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง ดูแลยาลดบวมคือให้ Glyceol 500 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำ อัตราการหยด 40 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ให้  
 ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา จัดทำสิริระสูง 30 องศา  
 ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเชื่อมครั้งที่ 5 วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เวลา 16.00 น.

**ปัญหาที่ 12.** เสี่ยงต่อการกำซาบเนื้อเยื่อสมอง และเนื้อเยื่อส่วนปลายไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากน้ำตาลใน  
 เลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน เจาะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 457 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตัวร้อนผิวกแห้ง เป้าหมาย  
 ของการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง กิจกรรมการพยาบาล สังเกตอาการข้าง  
 เคียงจากการให้ยาฉีด Insulin เช่นภาวะน้ำตาลต่ำ บันทึกจำนวนน้ำเข้าและน้ำออก การประเมินผล ผลตรวจ  
 ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 457 เหลือ 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งอยู่ในค่าปกติ ( ค่าปกติ 80 - 120  
 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ) ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขในการเชื่อมครั้งที่ 6 วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 13.** เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เนื่องจากให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ข้อมูลสนับสนุน  
 บริเวณแขนขวาให้สารน้ำ ชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิกรัม คู่กับ 3% NaCl 500 มิลลิกรัมผสม KCl 20 mEq  
 เป้าหมายของการพยาบาล ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ กิจกรรมการพยาบาล สังเกตบริเวณที่ให้สารน้ำ  
 ทางหลอดเลือดดำ ถ้าพบอาการปวด บวม แดง ร้อน รอบๆ บริเวณที่คาเข็มให้สารน้ำ แสดงว่ามีภาวะหลอดเลือด  
 ดำอักเสบ ให้เปลี่ยนบริเวณที่ให้สารน้ำใหม่ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเชื่อมครั้งที่ 8 วันที่  
 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2551



**ปัญหาที่ 14.** ผู้ป่วยมีโอกาสเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากผู้ป่วยมีชักกระตุกทั้งตัว ข้อมูลสนับสนุน วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้ 90 เปอร์เซ็นต์ เป้าหมายของการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน กิจกรรมการพยาบาล ดูแลดูแลเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งป้องกันอาการสำคัญขณะเกิดอาการชัก ดูแลให้ออกซิเจนในปริมาณที่มากขึ้นขณะผู้ป่วยมีอาการชักเพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน การประเมินผล วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วผู้ป่วยได้ 98 เปอร์เซ็นต์ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 15.** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับ เนื่องจากผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ข้อมูลสนับสนุน บริเวณก้นกบเริ่มมีรอยแดง เป้าหมายของการพยาบาล ไม่เกิดแผลกดทับ กิจกรรมการพยาบาล ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงและดูแลให้ผู้ป่วยนอนบนที่นอนลม เพื่อลดแรงกด ดูแลความสะอาดผิวหนังทั่วร่างกายของผู้ป่วยให้แห้งอยู่เสมอ ใช้โลชั่นทาผิวหนังป้องกันผิวแห้งแตก การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 16.** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากเริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจ ข้อมูลสนับสนุน วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วได้ 90 เปอร์เซ็นต์ เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้ กิจกรรมการพยาบาล ตั้งเกตและประเมินความพร้อมที่จะหยาเครื่องช่วยหายใจ ดูแลวัดปริมาตรการหายใจเข้า (tidal volume) โดยใช้เครื่อง Spirometer วัดก่อนการเริ่มหยาเครื่องทุกครั้ง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจลึกขณะหายใจเข้า และหายใจออกอย่างช้าๆ การประเมินผล สามารถถอดท่อหลอดลมค้อออกได้สำเร็จ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเท่ากับ 95 - 100 เปอร์เซ็นต์ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 17.** รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากหลังถอดท่อหลอดลมค้อออกวันแรก ข้อมูลสนับสนุน มีเสมหะในคอและขับออกได้ไม่ดี เป้าหมายของการพยาบาล รูปแบบการหายใจมีประสิทธิภาพ กิจกรรมการพยาบาล กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ปอดขยายตัวได้ดี สังเกตลักษณะการหายใจ เช่นหายใจเร็ว หายใจตื้น ช่วยดูแลเสมหะ เมื่อมีเสียงเสมหะในลำคอมาก การประเมินผล ไอขับเสมหะออกได้ดี ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมด ในการเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2551

**ปัญหาที่ 18.** ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจากกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหลังจากกลับบ้าน เป้าหมายของการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะกลับบ้าน กิจกรรมการพยาบาล แนะนำเรื่องการปฏิบัติตนในการทำกิจวัตร

ประจำวันและการสังเกตอาการผิดปกติ ถ้าพบอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด ประเมินผล วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2551 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

## 7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยภาวะเลือดออกในสมองเป็นภาวะวิกฤตเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆนอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากภาวะทุพพลภาพทางร่างกายและเป็นภาระของสมาชิกในการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษา จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้มีภาวะเลือดออกในสมองซึ่งเป็นตำแหน่งที่เสี่ยงสูงในการทำผ่าตัดเนื่องจากก้อนเลือดอยู่ลึกลงไปจากผิวสมอง 4 - 5 เซนติเมตร หลังทำการผ่าตัดให้การรักษาพยาบาล และติดตามประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 69 วันตรวจเยี่ยมทั้งหมด 11 ครั้งผู้ป่วยได้รับการประเมินและให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ทำกายภาพบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีและผู้ป่วยได้กลับบ้านวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลนาน

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะเลือดคั่งในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เอาเลือดคั่งในสมองออก ( Craniectomy with blood clot removal )

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 การดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในสมองหลังทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นพบได้บ่อย คือภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นภาวะที่อันตรายมากอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ในอัตราสูงมาก ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง พยาบาลควรประเมินอาการระบบทางประสาทอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ต้องลดการกระตุ้นผู้ป่วย แต่บางกิจกรรมก็ต้องทำตามความสำคัญและจำเป็น

9.2 การให้ยา Sedative ในผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัด จะทำให้การประเมินอาการทางระบบประสาท ไม่สามารถประเมินตามความเป็นจริงได้ ว่าเกิดจากการได้รับยา หรืออาการทางระบบประสาทเปลี่ยนแปลง เนื่องจากไม่มีเครื่อง ICP monitor ประจำหน่วยงาน ซึ่งอาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

9.3 ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะที่นำมาใช้ลดความดัน ในกะโหลกศีรษะ คือ Mannitol โดย Mannitol จะทำให้เกิด Osmotic gradient ระหว่างเนื้อสมอง และหลอดเลือดของสมองบริเวณที่ปกติ ทำให้เกิดการดึงน้ำจากเนื้อสมองเข้าสู่หลอดเลือด สิ่งที่ควรระวังคือ การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หลังหยุดให้ยา ซึ่งการให้ยามีความจำเป็น แต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยสูง พยาบาลต้องบันทึกจำนวนสารน้ำ

เข้าและสารน้ำออกทุก 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที ในช่วงอาการวิกฤต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้ทันทั่วถึง

#### 10. ข้อเสนอแนะ

- 10.1 ควรมีการจัดอบรมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- 10.2 ควรมีเครื่อง ICP monitor ประจำหน่วยงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและประเมินผู้ป่วย
- 10.3 ทางหน่วยงานควรมีการติดตามผลการรักษาอาการผู้ป่วย หลังกลับพักฟื้นที่บ้านในระยะแรกเพื่อให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยหรือสอบถามอาการที่ผิดปกติ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข  
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ).....*สุกมาส ประดงจนตร*.....

(นางสาวสุกมาส ประดงจนตร)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) *๑๑* / *พ.ย.* / *๒๕๕๓*

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*สมปอง กล่อมขาว*.....

(นางสาวสมปอง กล่อมขาว)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลกลาง

(วันที่) *๑๑* / *พ.ย.* / *๒๕๕๓*

(ลงชื่อ).....*สามารถ ตันอริยกุล*.....

(นายสามารถ ตันอริยกุล)

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์  
ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง

(วันที่) *๑๑* / *พ.ย.* / *๒๕๕๓*

## เอกสารอ้างอิง

ช่อลดา พันธุเสนา. ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 (ทางศัลยศาสตร์). พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์, 2544.

เขาวนุช คงคำน (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์ประยุกต์เล่ม1. กรุงเทพฯ : เวชสาร, 2548.

วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร และคณะ. การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ลิฟวิ้ง ทรานมีเดีย, 2545.

วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์, 2544.

วิจิตรา กุสุมภ์. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาลนำไปใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ : บพิชการพิมพ์, 2552.

สมพร ชินโนรส. การพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 3. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร, 2543.

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวสุกมาศ ประดงจงเนตร

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7วช.(ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ รพท. 247 สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์

เรื่อง โครงการ เพิ่มประสิทธิภาพป้องกันการเกิดแผลกดทับ

### หลักการและเหตุผล

การเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ การป้องกันสามารถทำได้ง่ายกว่าการรักษาอย่างมาก การขาดเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อเพียง 30 - 60 นาที ก็ทำให้เกิดความบวมพร่งของเมตาบอลิซึมและเกิดการตายของเซลล์ และเนื้อเยื่อได้ ซึ่งโดยปกติแล้วหลอดเลือดจะมีแรงดันเมื่อถูกทับจนเลือดไม่สามารถไหลมาเลี้ยงเนื้อเยื่อได้ จะทำให้บริเวณที่ถูกกดทับมีการตายของเนื้อเยื่อ ซึ่งแรงกดมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท เป็นเวลา 2 - 4 ชั่วโมงทำให้เกิดแผลกดทับได้ แผลกดทับผิวหนังที่มองเห็นเป็นเพียงเล็กน้อย แต่ลึกลงไปใต้ผิวหนังจะมีการทำลายมากกว่าที่เห็น เพราะผิวหนังมีความทนทานต่อการขาดเลือดได้ดีกว่าชั้นไขมันและกล้ามเนื้อผู้ป่วย ที่มีโอกาส เกิดแผลกดทับได้ง่ายคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และผู้ป่วยหลังผ่าตัดทาง Orthopedic ซึ่งจะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยข้อสะโพกหักซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุและมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าวัยอื่น เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงในด้านสภาพร่างกาย, สภาพจิตใจ, ระดับกิจกรรม, การเคลื่อนไหว และภาวะเปื่อยขึ้นของผิวหนัง การเกิดแผลกดทับจะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และผลเสียที่ประเมินค่าไม่ได้คือ เรื่องของจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และผู้ใกล้ชิด

ผู้จัดทำได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ จึงได้ดำเนินการ

จัดทำโครงการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของ Braden scale เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่บุคลากรทางการพยาบาล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งในด้านการป้องกัน การเฝ้าระวังเชิงรุก และการดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ เพื่อความพึงพอใจต่อการพยาบาล ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

อุบัติการณ์จากสถิติการผ่าตัดทาง Orthopedic หลังผ่าตัดเข้ารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 135 ราย มีอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบจำนวน 8 ราย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

### 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย

#### เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาล

#### กรอบการวิเคราะห์แนวคิด ข้อเสนอ

คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของ Braden scale ประเมินสภาพผิวหนังและลงบันทึกผลการประเมินตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือ 14 วันหลังผ่าตัด เพื่อคัดกรองผู้ป่วย

#### กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

##### ขั้นตอนการวางแผน

1. ประชุมเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อเสนอแนวทางการปฏิบัติ ที่ได้ไปทดลองจริงในหน่วยงาน
2. ประเมินความเป็นไปได้ในการนำโครงการลงสู่การปฏิบัติ
3. ประเมินผลโครงการทั้งกระบวนการ
4. จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงของ Braden scale แบบบันทึกการเปลี่ยนท่านอนตามเข็มนาฬิกา

##### ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับทุกรายโดยใช้แบบประเมินของ Braden scale
  2. ติด Sticker สีเตือน ไว้ที่ปลายเตียง ของผู้ป่วย ตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ
- สีแดง สำหรับผู้ป่วยที่มี Braden scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12
- สีเขียว สำหรับผู้ป่วยที่มี Braden scale เท่ากับ 13 - 14
- สีเหลืองสำหรับผู้ป่วยที่มี Braden scale เท่ากับ 15 - 16
3. ประเมินระดับความเสี่ยงถ้าคะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จะมีความเสี่ยงสูง จะให้การดูแลเฝ้าระวังดูแลเชิงรุกทุกราย โดย

3.1 ดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับโดยบันทึกคะแนน และสำรวจปุ่มกระดูกทุกแตร

3.2 ให้ใส่ที่นอนลม ใส่ใบพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงบันทึกคะแนน และพลิกตะแคงตัว ทุก

ชั่วโมงกึ่ง ตามเข็มนาฬิกา ท่านอนตะแคง จัดทำให้ออนสะโพกเอียงท่ามุม 30 องศา ใช้หมอนยาวรองรับตลอดแนว ลำตัวรวมทั้งบริเวณข้อเข่าและข้อเท้า ในการจัดท่านอนศีรษะสูง ไม่ควรสูงเกิน 30 องศา

เพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนไหล และการกดทับจาก Pressure และ Shear forces แต่ถ้าจำเป็นต้องนอนศีรษะสูง เพื่อให้อาหารทางสายยาง ควรลดระดับลงเหลือ 30 องศา ภายหลังจากให้อาหารแล้วประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การจัดท่านอนให้บริเวณเท้าและส้นเท้าลอยพ้นจากที่นอนเสมอ ไขหัวเตียงในท่าอน 30 องศา

3.3 ลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูก Support surface area ด้วยหมอนรองที่ทำจากฟองน้ำ หรือ แผ่นเจลรองบริเวณก้น

3.4 ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ

3.5 ใช้ผ้ารองยกในการจัดท่าและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แทนการดึงลาก

3.6 ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาดเปลี่ยนแผ่นรองก้น ทุกครั้งที่ขับถ่ายหรือ เมื่อขึ้นและ ใช้ปิโตรเลียมเจลทารอบๆบริเวณ Perineum ขาหนีบ กระดูกเหนือก้นกบ แก้มก้น จัดผ้าให้เรียบร้อย

3.7 แนะนำให้ญาติซื้อ โลชั่นไว้ทา และนวดเบาๆ บริเวณที่มีรอยแดง

4. กรณีผู้ป่วยมีแผลกดทับตั้งแต่แรกเริ่ม ให้ประเมินแผลและบันทึกในหมายเหตุ การลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลควรลงบันทึกเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผล, ระดับของแผล, การวางแผนเพื่อการแก้ไข การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลการปฏิบัติ

5. กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการดูแลแผลกดทับ ให้บุคลากรทางการพยาบาลนำมาปฏิบัติ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันและดูแลแผลกดทับแก่บุคลากรทั้งหมด ของหอผู้ป่วย

6. ประเมินผลทุก 7 วัน โดยใช้แบบประเมินของ Braden scale

7. ตรวจสอบผลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวทางแก้ไข ทุก 1 เดือน

8. ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรได้พัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพมากขึ้น มีการเรียนรู้ในการแก้ไขการทำงานอย่างเป็นระบบ

2. ผู้ป่วยได้รับการป้องกันไม่เกิดแผลกดทับ

3. ลดค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน

#### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักไม่มากกว่า 10%

(ลงชื่อ).....*สุกมาศ ประดงจงเนตร*.....

(นางสาว สุกมาศ ประดงจงเนตร)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....*๑๒ / ๗๒ / ๒๕๕๓*.....

## เอกสารอ้างอิง

นางลักษณ์ เขษมฐักคีจิต และคณะ. การบำบัดทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง  
การพิมพ์, 2545.

วาสนี เมธาประภามร. “ การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ ” ใน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.  
การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเล่ม 2. กรุงเทพฯ :พี.เอ.ลิฟวิ่ง. 2547.

### การเข้าถึง website

[Pni.go.th/stroke/?p=69](http://Pni.go.th/stroke/?p=69)

[www. Kph.go.th/intranet/ha/sytem/saP ct/saP ct med.doc](http://www.Kph.go.th/intranet/ha/sytem/saP ct/saP ct med.doc)

[www.bedsorethai.com/care.htm](http://www.bedsorethai.com/care.htm).