



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลตราด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่
ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ
และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สร ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่
๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น


คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๔ / ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	น.ส.ณัฐกุล หนูจักร	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โรงพยาบาลตราด กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้น
ระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใด
จะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖


(นายสุชาติ ตันตินิรามย์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เยื่อหุ้มสมอง (Meninges) ทำหน้าที่ป้องกันอันตรายที่เกิดจากแรงกระแทกจากภายนอกพร้อมกับกะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมองมีทั้งหมด ๓ ชั้น ได้แก่ ๑) เยื่อหุ้มสมองชั้นดुरา (dura mater) เยื่อหุ้มชั้นนี้อยู่นอกสุดมีลักษณะหนาและเหนียวมาก ๒) เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์ (arachnoid mater) เยื่อหุ้มสมองชั้นนี้อยู่ตรงกลางระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นดुरาและเยื่อหุ้มสมองชั้นเพีย ซึ่งชั้นนี้มีโครงสร้างที่มีลักษณะเหมือนร่างแหหรือใยแมงมุมที่ยึดประสานเยื่อหุ้มสมองชั้นดुरาและเยื่อหุ้มสมองชั้นเพียไว้ด้วยกัน และ ๓) เยื่อหุ้มสมองชั้นเพีย (pia mater) เยื่อหุ้มสมองชั้นนี้อยู่ข้างในสุดแนบติดกับเนื้อสมองรวมไปถึงร่องสมอง(sulcus) และมีหลอดเลือดเล็กๆจากชั้นนี้ทำหน้าที่ในการนำสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองส่วนต่างๆด้วย (จิณิตตา จิตติวัฒน์, ๒๕๖๔) เนื้องอกเยื่อหุ้มสมองเป็นเนื้องอกที่มีขอบเขตชัดเจน ส่วนมากอยู่นอกเนื้อสมองและเติบโตกลงบนผิวของสมองให้เป็นแอ่ง ตัวเนื้องอกอาจเป็นก้อนกลมหรือปุ่มก็ได้ และจะติดกับ Dura แบ่งออกเป็น ๒ แบบคือ ๑) แบบก้อน (Meningioma en masses) มีขอบเขตชัดเจน มีผนังหุ้มหนา ตัวก้อนติดผนังด้านในของ dura และ ๒) เนื้องอกที่เป็นลักษณะแผ่น (meningioma en plaque) ไม่มีผนังหุ้มชัดเจน ส่วนมากพบที่ฐานกะโหลก เนื้องอกมีเส้นเลือดมาเลี้ยงจาก meningeal artery อาการและอาการแสดงของเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งเนื้องอก ผู้ป่วยมักแสดงอาการค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเนื้องอกโตขึ้น อาจกดทับบางส่วนของสมองส่งผลต่อการทำงานที่เหมาะสมของสมองจะมีอาการ ได้แก่ ๑) อาการชัก เกิดจากภาวะคายเคืองที่ผิวสมอง ๒) อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากเนื้องอกโดยออกมาปิดทางเดินของน้ำในโพรงสมอง ๓) อาการผิดปกติของระบบประสาทตามตำแหน่งที่เกิดเนื้องอก เช่น แขนขา อ่อนแรง รู้สึกชาหรือเจ็บบริเวณใบหน้า ร่างกายกระตุก ชัก เดินเซ เสียอาการทรงตัว ๔) อาการอื่นๆเช่น สูญเสียการได้ยิน หูอื้อ มีปัญหาการพูด สูญเสียความทรงจำ สูญเสียการรับรู้กลิ่น (พีรพงศ์ เหลืองอาภาพงศ์, ๒๕๖๕)

แนวทางการคัดกรอง

ผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง สามารถเกิดได้กับทุกคน ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง จึงเป็นเรื่องสำคัญ ประกอบด้วย ๑) ชักประวัติ อาการและอาการแสดง ๒) การวัดสัญญาณชีพ (Vital signs) ระดับความรู้สึกตัว (Conscious) การประเมินอาการทางระบบประสาท (Neurological assessment) ได้แก่ การประเมินสติสัมปชัญญะ (Mental status), การทำงานประสานกันของระบบประสาท (Coordination), ระบบมอเตอร์ (Motor), เส้นประสาทสมอง (Cranial nerves), การรับความรู้สึก (Sensory) และปฏิกิริยาตอบสนองของเอ็นกล้ามเนื้อ (Deep tendon reflexes) ๓) คัดกรองตามประเภทผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยไม่วิกฤต และผู้ป่วยวิกฤต ถ้าหากผู้ป่วยมาด้วยอาการซึม ไม่รู้สึกตัว ภาวะความดันโลหิตต่ำทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ให้การดูแลโดยการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support) รายงานแพทย์ถ้าพบ Signs of herniation syndrome ให้ทำ hyperventilation และให้ยาตามการรักษาของแพทย์ (พีรพงศ์ เหลืองอาภาพงศ์, ๒๕๖๕)

การตรวจวินิจฉัย ในผู้ป่วยที่สงสัยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง นอกจากการซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาท ยังมีการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญดังนี้ (พีรพงศ์ เหลืองอาภาพงศ์, ๒๕๖๕)

- 1) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เป็นการใช้รังสีเอกซ์เรย์ในการสร้างภาพฉาย บอกข้อมูลตำแหน่งบริเวณเนื้องอก ภาวะสมองบวม เลือดออกในสมองได้ดี
- 2) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง (MRI) เป็นการใช้นิวทริยร่วมกับสนามแม่เหล็กแรงสูงช่วยสร้างภาพถ่ายโครงสร้างภายในสมอง เนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง ที่ให้ความละเอียดมากกว่า CT scan
- 3) การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสี (PET scan) หากตรวจพบมีเนื้องอกในสมอง แพทย์อาจส่งตรวจอวัยวะอื่นๆร่วมด้วยเพื่อหาตำแหน่งเซลล์มะเร็งที่อาจแพร่ลามไปอวัยวะอื่นๆ
- 4) การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจวินิจฉัย (Biopsy) หาความผิดปกติของเนื้อเยื่อว่าเป็นเนื้องอกที่อยู่ในชั้นและระดับ ความรุนแรงใด เป็นเนื้อร้ายหรือไม่ เพื่อวางแผนการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

แนวทางการรักษา (สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, ๒๕๖๓ ; พีรพงศ์ เหลืองอาภาพงศ์, ๒๕๖๕) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ประเภท ระยะของเนื้องอก ตำแหน่งของเนื้องอก ขอบเขตการแพร่กระจาย อายุของผู้ป่วย ประวัติการรักษาและสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย โดยวิธีการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Craniectomy) ถือเป็นทางเลือกการรักษาที่ดีที่สุด

๑) การผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์และส่องกล้อง Endoscope (Micro and Endoscope Brain Surgery) เป็นการรักษาลักษณะของโรคนี้ โดยส่วนใหญ่หากเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งที่สามารถผ่าตัดออกได้โดยไม่เกิดความพิการและอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย แพทย์มักพิจารณาในการผ่าตัดเนื้องอกออกหมดหรือนำออกให้ออกมากที่สุด

๒) การฉายรังสีรักษาหรือการฉายรังสีนำวิถี (Stereotactic radiosurgery) เป็นการรักษาเพิ่มเติมจากการผ่าตัดหรือใช้ในกรณีที่เป็นก้อนเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดเอาออกได้หมด หรือใช้เพื่อการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

๓) การให้ยาเคมีบำบัดหรือยาเคมี (Cancer chemotherapy) ใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดที่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด ได้แก่โรคมะเร็งที่แพร่กระจายมาจากโรคมะเร็งอวัยวะอื่นๆ โรคมะเร็งสมองทุติยภูมิ โรคมะเร็งเนื้องอกสมอง และการเกิดเป็นซ้ำของเนื้องอกสมอง

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (นลินี พสุคันธภัก และ วันเพ็ญ ภิญญญาสกุล, ๒๕๕๗ ; สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, ๒๕๖๓)

กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

๑. การตรวจร่างกายทางระบบประสาทต่างๆ การประเมินสัญญาณชีพ และบันทึกการมองเห็น
๒. ซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน อาการแพ้ยา อาหาร การใช้ยาชนิดต่างๆ เช่น ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประวัติเลือดออกง่ายหยุดยาก ประวัติการจัดฟัน
๓. การประเมินการเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากพบผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน จอประสาทตาบวม ระดับความรู้สึกตัวลดลง ลักษณะการหายใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรืออัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่าปกติ ต้องรายงานแพทย์ทันที

๔. การประเมินและเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจล้มเหลว มีการประเมินสัญญาณชีพร่วมกับระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale; GCS) ผู้ป่วยที่มี GCS \leq ๘ ควรได้รับการช่วยหายใจโดยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

๕. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจหรือการไอที่มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนท่านอนทุก ๒ ชั่วโมง การประเมินความปวดด้วยตนเอง การระมัดระวังไม่ให้สายระบายต่างๆ พังงอหรือเลื่อนหลุด ห้ามดึงสายแคะแกลผล การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว การมีของเหลวออกจากแผล เป็นต้น

๖. การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย การงดน้ำงดอาหาร การตรวจสอบอุปกรณ์ที่ติดตัวมากับผู้ป่วยเช่น ฟันปลอม ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ได้แก่สัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท การเคลื่อนไหว กำลังของกล้ามเนื้อและการเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัด

๗. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ประเมินความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวในการรับการผ่าตัด ผลผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลและการอธิบายหรือชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการผ่าตัด ลักษณะและชนิดของการผ่าตัด รวมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ พร้อมให้คำแนะนำต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยวิตกกังวลน้อยลง

๘. การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ตรวจสอบความยินยอมในการผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน ตรวจสอบการทำ marking site จากใบระบุตัวผู้ป่วย फिल्मเอกซเรย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัดระยะวิกฤต

๑. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ ประเมินสัญญาณชีพ ร่วมกับประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัว GCS \leq ๘ ควรได้รับการช่วยหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ให้อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๕% สังเกตลักษณะการหายใจ การขยายของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอดทั้ง ๒ ข้าง ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมและใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติตามแนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจ และแนวทางการดูดเสมหะทางท่อหลอดลม มีการติดตามผล Arterial blood gas และรายงานแพทย์ จนกระทั่งผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ

๒. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยจัดท่านอนให้ศีรษะสูง ๓๐ องศา ลำคอตรง สะโพกไม่งอมากกว่า ๙๐ องศา สังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ คือ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่งโดยไม่มีอาการคลื่นไส้มาก่อน ความดันโลหิต systolic blood pressure จะสูงขึ้น และ diastolic blood pressure จะต่ำลง อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลงไม่สม่ำเสมอ ระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ คะแนน ค่าความดันในกะโหลกศีรษะมากกว่า ๒๐ มิลลิเมตรปรอท ประเมินความปวดและจัดการความปวด ดูแลแผลผ่าตัด ท่อระบายให้ไหลสะดวก ไม่ตึงรั้ง บันทึกทั้งสีและจำนวน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์

๓. ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ การทำหน้าที่ของเส้นประสาทสมอง กำลังของกล้ามเนื้อ และการรับความรู้สึก ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง ภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน เป็นภาวะที่พบบ่อย หลังผ่าตัดและต้องเฝ้าระวัง ความดันโลหิตสูงมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมองและสมองบวมได้

๔. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากการผ่าตัดมีการสูญเสียเลือดและสารน้ำในร่างกาย ต้องเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงคือ อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว ตัวเย็น ซีด ปัสสาวะออกน้อยกว่า ๒๕ มิลลิลิตร/ชั่วโมง มีอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ประเมินและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ได้แก่ การสังเกตอาการทางระบบประสาท สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหวแขนขา ปริมาณเลือดที่ออกจากแผลหรือสายท่อระบาย ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้เจาะ Hematocrit รายงานแพทย์ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เลือดและประกอบของเลือดชดเชยตามการรักษาของแพทย์ บันทึกน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย

๕. การจัดการกับความปวด ประเมินความปวดโดยใช้ Pain scale ทุก ๔-๖ ชั่วโมง ดูแลประคบเย็นบริเวณรอบแผลผ่าตัด ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา จัดทำอนันท์สุขสบาย ไขหัวเตียงสูง ๓๐ องศา เพื่อลดแรงดันในกะโหลกศีรษะ ไม่นอนทับแผลผ่าตัดและท่อระบาย การดื่งรังสายท่อระบาย

๖. ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ในร่างกาย ประเมินและสังเกตอาการของภาวะโปตัสเซียม และโซเดียมที่ผิดปกติ เช่น ภาวะโปตัสเซียมต่ำ จะเกิดหัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดภาวะต่างในร่างกาย (alkalosis) การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง สมองถูกกด ความจำเสื่อม หัวใจหยุดเต้น ภาวะโปตัสเซียมสูง จะเกิดแน่นหน้าอก ซิพจรเจตน์ช้า คลื่นหัวใจผิดปกติ ปวดท้อง ท้องอืด กระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาต ส่วนภาวะโซเดียมต่ำ จะทำให้เกิดอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความดันโลหิตต่ำ ซิพจรเต้นเร็ว กระหายน้ำ เป็นตะคริว อาเจียน ถ้าต่ำมากๆจะทำให้เกิดอาการเพื่อ กระสับกระส่าย ไม่รู้สึกตัว ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออกมือเท้าเย็น และอยู่ในภาวะช็อกได้ ถ้าเกิดภาวะโซเดียมสูง จะเกิดการกระหายน้ำ ซึม หมดสติ ความดันโลหิตสูง และเกิดหัวใจล้มเหลวตามมา ดังนั้นต้องดูแลให้สารน้ำตามการรักษาของแพทย์ บันทึกจำนวน ลักษณะสีปัสสาวะ บันทึกน้ำเข้าออก พร้อมทั้งติดตามผลตรวจ Electrolyte และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

๗. การป้องกันอันตรายเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการชักเกร็ง กระตุก เตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือผู้ป่วย เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน กรณีผู้ป่วยชัก จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ไม่กัดขากรรไกรและใส่สิ่งของในปาก ไม่ผูกยึด ยกไม้กั้นเตียงขึ้น ใช้หมอนกั้นป้องกันความบาดเจ็บของร่างกาย สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก ระยะเวลา ความถี่ ดูแลให้ยากันชักตามแผนการรักษา ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และติดตามผลการตรวจระดับยาในร่างกายน

๘. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะเบาจืด (Diabetic Insipidus), การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน, ภาวะน้ำหล่อสมองและไขสันหลังรั่ว

๙. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การพยากรณ์โรคหลังผ่าตัดในระยะวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมพยาบาลหลังผ่าตัดพื้นระยะวิกฤต

๑. การประเมินและเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจ อาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพ ทุก ๔-๖ ชั่วโมง ควรได้รับการช่วยหายใจและให้ออกซิเจนตามความเหมาะสม

๒. การป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ โดยล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง วัดอุณหภูมิทุก ๔ ชั่วโมง สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัด สิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด เช่น หนอง น้ำหล่อสมองและไขสันหลัง อาการปวดบวม แดงร้อน ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ ถ้าพบแผลเปื่อยกซึมต้องแจ้งแพทย์ทราบทันที ดูแลระบบการไหลของท่อระบายต่างๆเป็นระบบปิด ไม่ให้มีการหัก งอ พับ มีการติดตามการรายงานผลการส่งเพาะเชื้อสิ่งคัดหลั่งจากแผล

๓. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความผิดปกติจากการกลืน ประเมินและบำบัดฟื้นฟูภาวะกลืนลำบาก ป้องกันการเกิดแผลที่กระเจกตา การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน การป้องกันอันตรายเมื่อเกิดอาการชักเกร็ง กระตุก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๔. การทบทวน สอน ฝึกทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เกี่ยวกับการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ การระวังไม่ให้สายระบายต่างๆพับงอ เลื่อนหลุด ห้ามดึงสายและแกะเกาแผล เปลี่ยนท่านอนและประเมินความปวดด้วยตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ของเหลวที่ออกจากแผล

๕. กระตุ้นการ Ambulation ในผู้ป่วยที่แขนขาอ่อนแรงต้องพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อทำ Active Exercise หรือ Passive Exercise ถ้าแพทย์ให้ลุกเดินได้ ต้องประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ดูแลช่วยเหลือพยุงให้ผู้ป่วยลุกเดินอย่างปลอดภัย

๖. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษา การพยากรณ์โรคของแพทย์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมการพยาบาลระยะฟื้นฟู

๑. เฝ้าระวังและสังเกตอาการการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีการประเมินและบันทึก สัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก ๔ ชั่วโมง

๒. เฝ้าระวังอาการชัก เกร็ง และการป้องกันอุบัติเหตุ ให้ผู้ป่วยได้รับยากันชักตามการรักษาของแพทย์ต่อเนื่อง

๓. ส่งเสริมการหายใจของแผลผ่าตัด การดูแลแผล การป้องกันการเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ให้โภชนาการที่เหมาะสมเน้นโปรตีนสูง

๔. ดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินการทำงานของลำไส้ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ดูแลให้รับประทานอาหารครบ ๕ หมู่ แนะนำให้ญาติจัดอาหารตามที่ผู้ป่วยชอบที่ไม่ขัดกับแผนการรักษา

๕. ดูแลความสุขสบายและความปลอดภัย เช่น การนอนหลับ ความสะอาดร่างกาย การพลัดตกหกล้ม

๖. ดูแลการขับถ่าย ให้รับประทานอาหารที่มีกากใย ผัก ผลไม้ จัดให้ดื่มน้ำวันละ ๒,๐๐๐-๓,๐๐๐ มิลลิลิตร ให้ยาระบายตามแผนการรักษา กระตุ้นการเคลื่อนไหว (Early Ambulation) ของร่างกายต่อเนื่อง

๗. ส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร กระตุ้นผู้ป่วยให้มีการสื่อสาร โดยเลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม

๘. ส่งเสริมด้านจิตใจ โดยประสานผู้ป่วยและญาติ ให้พบแพทย์เพื่อฟังการดำเนินของโรคและแผนการรักษา พร้อมซักถามข้อสงสัย สร้างความมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ให้การพยาบาลอย่างนิ่มนวล ให้กำลังใจ แสดงท่าทีความเข้าใจ ซักถามอย่างสม่ำเสมอ ประคับประคองจิตใจ และจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๑. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel Index สถานะด้านอารมณ์และจิตใจ อาหารและยา การสื่อสาร การรับรู้ และการขับถ่าย

๒. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อค่านิยมต่างๆ

๓. เตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านหลังผ่าตัดสมอง ฝึกทักษะในการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกินอาหาร การพูด การเคลื่อนไหว การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันอันตรายจากการชัก การรับประทานยาตามข้อบ่งชี้

๔. เตรียมพร้อมครอบครัวและผู้ดูแล โดยการประสานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ฝึกทักษะการดูแล การทำกายภาพบำบัด การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ แนะนำการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ให้เหมาะสมกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๕. ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ กระบวนการส่งต่อ เพื่อฉายแสงหรือเคมีบำบัด หรือส่งต่อเนื่องโรงพยาบาลตามสิทธิ พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ถึงแผนการรักษาและพบแพทย์ความจำเป็นที่ต้องส่งต่อ

๖. ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๗. การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและเปิดโอกาสให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทย ๑ เดือนก่อนมาโรงพยาบาลตราด มีอาการปวดศีรษะ อาเจียนไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แผลมวงอบ อาการไม่ดีขึ้นจึงมารักษาที่โรงพยาบาลตราด แพทย์ส่งตรวจ MRI Brain พบ Right frontal meningioma ขนาด ๔.๔x๓.๗x๔.๒ เซนติเมตร ๒ สัปดาห์ต่อมาแพทย์นัดมาตรวจติดตามอาการและนำการผ่าตัด ผู้ป่วยยังไม่พร้อมทำผ่าตัด วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เวลา ๑๔.๔๒ ญาตินำส่งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตราด ให้ประวัติว่า ๖ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะ อาเจียน เดินเข้าห้องน้ำมีขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด เหงื่อออกตัวเย็น แพทย์ส่งตรวจ CT scan brain พบ meningioma ขนาด ๓.๕x๓.๔x๓.๓ cm.

perilesional edema. The midline shift to the left, measured about ๑.๐ cm. และวางแผนทำผ่าตัดเนื้องอก เยื่อหุ้มสมองโดยให้นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงเพื่อเตรียมผ่าตัด อาการแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินอาการทางระบบประสาท (Glasgow Coma Scale; GCS) ๑๕ คะแนน (E๔V๕M๖) พุดไม่ชัด แขนและขา ข้างซ้ายอ่อนแรง (grade ๔) ขนาดรูม่านตาเท่ากับ ๒ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง สัญญาณชีพปกติ ตรวจเลือดพบระดับโซเดียมคลอไรด์ให้เลือดต่ำ (Sodium 131.3 mmol/L, Chloride 96.0 mmol/L) แพทย์แก้ไข โดยให้สารน้ำ ๐.๙ % NSS ๑,๐๐๐ มิลลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำอัตรา ๑๐๐ มิลลิตรต่อชั่วโมง และให้ยา Dilantin ทางหลอดเลือดดำ, Dexamethasone ๔ มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันอาการชักเกร็งและลดอาการสมอง บวม หลังจากนอนพักในหอผู้ป่วย ๑๕ ชั่วโมงผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มีภาวะหายใจล้มเหลว ประเมินอาการทางระบบ ประสาท GCS ๓ คะแนน (E๑V๑M๑) ขนาดรูม่านตาขยายเท่ากับ ๗ มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง ๒ ข้าง อัตรา การเต้นของหัวใจ ๘๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๒/๘๑ มิลลิเมตรปรอท SpO๒ ๙๒ เปอร์เซ็นต์ แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และให้ยา ๒๐% Mannitol ทางหลอดเลือดดำ ๓ ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมิน GCS ๑๐ คะแนน (E๔VTM๖) แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง ด้านขวามีกำลัง ปกติ ขนาดรูม่านตาข้างขวา ๔ มิลลิเมตรไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ข้างซ้าย ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี ส่ง CT scan brain เข้าพบสมองบวมมากกว่าเดิม แพทย์อธิบายกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและวางแผน ทำผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด สอบถามอาการหลังผ่าตัด หลังได้รับการอธิบายแล้วก็ เข้าใจดี ยินยอมทำผ่าตัด มีการเตรียมทำผ่าตัด เตรียมเลือด Pack Red Cell 4 ยูนิต และ Fresh Frozen Plasma 4 ยูนิต ตรวจ Covid-๑๙ ผลไม่พบการติดเชื้อโควิด เตรียมยาสำหรับใช้ในท้องผ่าตัด สังเกตอาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพจนปกติ แพทย์ทำผ่าตัด Right frontotemporal craniectomy to remove tumor under general anesthesia วันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๑๐ น. พบ Right Frontal convexity meningioma ขนาด ๓x๓x๔ เซนติเมตร มี Estimate Blood loss ๕๐๐ มิลลิตร แพทย์ได้ให้ Pack Red Cell ๒ ยูนิต และ Fresh Frozen Plasma ๒ ยูนิต ในท้องผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัว ประเมิน GCS ๙ คะแนน (E๓VTM๖) ขนาดรูม่านตา ข้างขวา ๓ มิลลิเมตร และข้างซ้าย ๔ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง ๒ ข้าง สัญญาณชีพปกติ ความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด ๙๙-๑๐๐ % ให้ผู้ป่วยกลับมาอนพักที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะวิกฤต มีกิจกรรมพยาบาลที่สำคัญคือมีการเฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจน และภาวะช็อคจากการเสียเลือด ดูแล ผู้ป่วยให้ ON Endotracheal tube ต่อ Ventilator โดยตั้ง Mode CMV, TV ๔๕๐, RR ๑๒, FiO๒ ๐.๔, I:E ๑:๒, PEEP ๕ ดูแลแผลที่ศีรษะและสาย Radivac drain, มีการคาสายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและ เกลือแร่ ให้งดน้ำและงดอาหาร จัดทำนอนหัวสูง ๓๐ องศา ให้สารน้ำ ๐.๙ % NSS ๑,๐๐๐ มิลลิตรหยุดทาง หลอดเลือดดำ, ยา ๒๐% Mannitol ๗๕ มิลลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำ ทุก ๖ ชั่วโมง, Cloxacillin ๑ กรัม ทาง หลอดเลือดดำทุก ๖ ชั่วโมง, Dilantin ๑๐๐ มิลลิกรัมใน ๐.๙ % NSS ๑๐๐ มิลลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำทุก ๘ ชั่วโมง, Omeprazole ๔๐ มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำวันละ ๑ ครั้ง, Dexamethasone ๔ มิลลิกรัมทางหลอด เลือดดำทุก ๖ ชั่วโมง, Transamine ๕๐๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก ๘ ชั่วโมง และ Tramol ๕๐ มิลลิกรัมทาง หลอดเลือดดำทุก ๖ ชั่วโมง ตามการรักษาของแพทย์ หลังผ่าตัดใน ๒ วันแรก พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาโปดัสเซียมใน

เลือดดำ (๓.๐๗ mmol/L และ ๓.๐๙ mmol/L) ตามลำดับ ได้รับการแก้ไขโดยให้ KCL ๔๐ mEq ผสมในสารน้ำ ๐.๙ % NSS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ และ Repeat Electrolyte ซ้ำ ผลปกติ (3.71 mmol/L) ประเมินการหายใจและสัญญาณชีพอยู่ในช่วง อุณหภูมิ ๓๖.๘ -๓๘.๑ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๖๘-๙๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๑๘-๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๔/๘๐-๑๔๖/๘๗ มิลลิเมตรปรอท SpO₂ ๙๙-๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ ไม่พบปัญหาเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนและไม่พบภาวะข้อคจากการเสียเลือด หลังจากหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจ ประเมิน GCS เท่ากับ ๑๒ คะแนน (E๔V๒M๖) และ GCS ๑๕ คะแนน (E๔V๕M๖) ตามลำดับและสัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ เมื่อพ้นระยะวิกฤติมีการเฝ้าระวังเรื่องการติดเชื้อแผลผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมีไข้ ๓๗.๕-๓๘.๑ องศาเซลเซียส ในวันแรกหลังผ่าตัด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามการรักษาของแพทย์ เช็ดตัวลดไข้ให้ไข้ ตรวจแผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีเลือดซึม รอบๆแผลไม่มีอาการบวมแดงร้อน Radivac drain มี Content ออก ๑๐๐ มิลลิลิตร และ ๙๐, ๕๐, ๖๐, ๓๐, ๑๐ มิลลิลิตรซึ่งลดลงตามลำดับ ประเมินคะแนนความปวด (Pain score) เท่ากับ ๓-๕ รับประทานแก้ปวดตามแผนการรักษา ไม่พบอาการและอาการแสดงของแผลติดเชื้อ แพทย์จึงเปิดทำแผลและตัดไหมได้ตามกำหนดเวลา แผลติดดี มีการประเมินการกลืนเมื่อผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดี ถอดสายให้อาหารทางสายยางออกและรับประทานอาหารทางปากได้ หลังผ่าตัด ๔ วันเป็นต้นไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS ๑๕ คะแนน (E๔V๕M๖) ขนาดรูม่านตา ๓ มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง แขนและขาซ้ายขวา มีกำลังปกติ สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติตลอด การฟื้นฟูผู้ป่วย กระตุ้น Early ambulation ให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง ข้างเตียง และลุกเดินเข้าห้องน้ำได้ ตามลำดับ ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูร่างกายโดยลุกเดินไปห้องน้ำได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามลำดับ แพทย์เริ่มปรับลดขนาดยา ๒๐% Mannitol, Dexamethasone ทางหลอดเลือดดำ ที่ใช้ลดสมองบวมลงจนสามารถหยุดยาได้ และเปลี่ยนยา Dilantin ทางหลอดเลือดดำเป็นยารับประทาน เพื่อป้องกันการชักเกร็ง หลังผ่าตัด ๙ วัน แพทย์สั่งตัดไหมแผลผ่าตัด แผลติดดี แจ้งผลตรวจชิ้นเนื้อให้ผู้ป่วยทราบ คือ Meningioma ,WHO grade I ไม่ต้องให้ยาเคมีบำบัดหรือฉายแสงต่อ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้มีกระบวนการประสานสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง คือ นักกายภาพ นักโภชนาการ และทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแผนกเวชกรรมสังคม พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ประเมิน Barthel ADL Index คะแนน ๑๖/๒๐ จัดอยู่ในระดับร่างกายสูญเสียหน้าที่เล็กน้อย ผู้ป่วยและญาติพร้อมกลับบ้าน หลังผ่าตัด ๑๐ วัน แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เตรียมยา Home Medication ออกใบนัดติดตามอาการที่ห้องตรวจศัลยกรรมระบบประสาท ทบทวนการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ กิจกรรมที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน งดยาออกกำลังกายหนัก การพักผ่อน การรับประทานอาหารธรรมดาตามปกติ การมาตรวจตามนัดและการรักษาต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลในระบบ Thai COC เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ประเมินอาการทางระบบประสาทก่อนกลับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS ๑๕ คะแนน (E๔V๕M๖) ขนาดรูม่านตา ๓ มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง ข้างแขนและขาซ้ายขวา มีกำลังปกติ สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มี Discharge ซึม จำหน่ายอาการดีขึ้น รวมระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลและระยะที่อยู่ในการดูแล ๑๖ วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. คัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง ๑ ราย และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลตราด
๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการ อาการแสดง การตรวจร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนประวัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ การรักษาและผลการรักษา
๓. ศึกษาเอกสารและทบทวนความรู้ทางวิชาการจากตำราที่เกี่ยวข้องกับ ตลอดจนปรึกษาแพทย์ผู้รักษาและพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง
๔. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล โดยเน้นให้ครอบคลุมแบบองค์รวมและใช้ทฤษฎีการพยาบาลร่วมด้วย
๕. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล จัดกิจกรรมการพยาบาลและติดตามประเมินผลการพยาบาล
- ๖ รวบรวมข้อมูลทั้งหมดเรียบเรียงเป็นผลงาน ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของงาน สรุปผลการดำเนินงานเป็นแนวทางการพยาบาลและจัดทำเป็นเอกสารรูปเล่ม
๗. นำเสนอผลงานใน <http://www.trathospital.go.th> วันที่ ๑๔ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง
๒. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองในระยะวิกฤตก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ระยะพ้นวิกฤต การฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง จำนวน ๑ ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๑๓-๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาในความดูแล ๑๖ วัน

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง พบว่า ผู้ป่วยตรวจพบเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้า มีความวิตกกังวลมากปฏิเสธการทำผ่าตัด ต่อมามีอาการทางระบบประสาทมีแขนและขาซ้ายอ่อนแรง ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตก่อนและหลังผ่าตัด จากก้อนของเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองมีขนาดใหญ่ เบียดก้านสมองมากกว่า ๑ เซนติเมตร มีภาวะสมองบวม ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลงและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์รักษาโดยการผ่าตัด Right frontotemporal craniectomy to remove tumor หลังผ่าตัดกลับมาอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นผู้ป่วยประเภทวิกฤต มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองพร่องออกซิเจน ภาวะช็อกจากการเสียเลือด มีภาวะโป๊สเซียมในเลือดต่ำ จึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่สำคัญ คือ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตก่อนทำผ่าตัดและหลัง

ผ่าตัด หลังผ่าตัดพ้นระยะวิกฤต การฟื้นฟูผู้ป่วยจนปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดหลังผ่าตัด ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งต้องมีกระบวนการและการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังผ่าตัดอย่างดีมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและหายเร็วสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลและการรักษาของแพทย์

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองในระยะวิกฤตก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ระยะพ้นวิกฤต การฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมและผู้สนใจ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองมีพยาธิสภาพโรคของผู้ป่วยอยู่ที่สมอง การคัดกรองต้องอาศัยการประเมินอาการทางระบบประสาทจากแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ และการวินิจฉัยโรคต้องใช้เครื่องมือการตรวจที่มีความละเอียดและความแม่นยำ ต้องใช้เวลาในการรอคอยผลการตรวจ สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญที่โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลไม่ยินยอมผ่าตัดตั้งแต่ตรวจพบระยะแรก เมื่อกลับเข้ามาได้รับการรักษาอีกครั้งอาการของโรคมีความรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนคือสมองบวม เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง จึงทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวตามมา ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นผู้ป่วยประเภทวิกฤต ต้องใช้เวลาในการแก้ไขภาวะวิกฤตให้คงที่ก่อนทำผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งผ่าตัดจึงต้องมีการตรวจสอบความพร้อมอย่างละเอียดครบถ้วน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นผู้ป่วยวิกฤต ที่กลับมาอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรม การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การฟื้นฟูผู้ป่วยไม่ให้เกิดความพิการ ต้องใช้ทักษะพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านประสาทสมอง ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและการฟื้นฟูผู้ป่วยจนปกติ ประกอบกับยังไม่มีกระบวนการฟื้นฟู การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประสานงาน การทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการที่ชัดเจน ซึ่งเป็นระบบบริการที่มีความจำเป็นมากที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในหอผู้ป่วยยังไม่มีจัดทำแนวทางการการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดมีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่เมื่อตรวจวินิจฉัยพบแล้วจะส่งต่อไปผ่าตัดโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพและเครื่องมือที่ทันสมัยมากกว่า และเป็นระยะแรกของการเปิดบริการด้านการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง การศึกษาครั้งนี้จึงต้องมีการใช้การประชุมปรึกษาในทีมแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลเฉพาะทางศัลยกรรมระบบประสาททุกวัน การจัดระบบการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพยังไม่มี ความชัดเจน มีผลต่อการติดต่อประสานและระยะรอคอยบริการงานจากแผนกต่างๆที่เกี่ยวข้อง

๙. ข้อเสนอแนะ

การจัดระบบคัดกรองและการวินิจฉัยที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและสามารถลดอาการรุนแรงของโรคได้ และการวางแผนทางการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมต้องมีความรู้พยาธิสภาพของโรค มีความ

เชี่ยวชาญในการประเมินอาการทางสมอง การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองในระยะวิกฤต การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน รวมถึงต้องมีการวางระบบการฟื้นฟูและวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุม เน้นการติดตามการรักษาและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการ จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความพิการและรอดพ้นอันตรายมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป


๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานใน <http://www.trathospital.go.th> วันที่ ๑๔ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวณัฐกุล หนูจักร สักส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

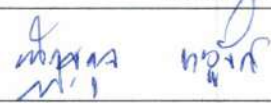
(ลงชื่อ).....  ผู้ขอประเมิน

(นางสาวณัฐกุล หนูจักร)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)


(วันที่)..... ๑๖ / ธันวาคม / ๒๕๖๕

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวณัฐกุล หนูจักร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


ลงชื่อ.....
(นางอณิกา คระวานิช)
พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
(ตำแหน่ง).....
หัวหน้าพยาบาล
(วันที่)..... 26 ธ.ค. 2565 /


ลงชื่อ.....
(นายสุชาติ ตันติรัมย์)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด
(วันที่)..... 21 เม.ย. ๒๕๖๖ /

ลงชื่อ.....
(.....)
(ตำแหน่ง).....
(วันที่)...../...../.....

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แบบประเมินและแบบบันทึกก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยในแผนก ศัลยกรรม โรงพยาบาลตราด

๒. หลักการและเหตุผล

เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอ ได้นำมาใช้เพื่อกู้ชีวิต (cardiopulmonary resuscitation) และการวางยาสลบทั่วไป (general anesthesia) โดยมีวัตถุประสงค์การใช้เครื่องช่วยหายใจที่สำคัญ คือ ๑) ให้มีปริมาตรออกซิเจนที่ส่งไปยังอวัยวะสำคัญของร่างกายอย่างเพียงพอ ร่วมกับการขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกมาในปริมาณที่เพียงพอที่จะรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย ๒) เพื่อลดการทำงานของการทำงานของหายใจ (support work of breathing) ซึ่งทำให้ความต้องการออกซิเจนลดลง และ ๓) หลีกเลี่ยงอันตรายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่อาจเกิดขึ้นกับปอดและส่งเสริมให้ปอดฟื้นตัวเร็ว (วิจิตรา กุสุมภ์, ๒๕๖๐) เครื่องช่วยหายใจมีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่มีการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลันและผู้ที่ไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้ โดยมีข้อบ่งชี้ คือ ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจวายจากการล้มเหลวเกี่ยวกับกลการหายใจ มีพยาธิสภาพที่ปอด เช่น ปอดบวมน้ำหรือ ARDS มีปัญหาของหลอดเลือด เช่น การอุดตันทางเดินหายใจ หอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) มีภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ซ็อก มีภาวะหายใจวายหลังผ่าตัดสมอง ช็อก หัวใจวาย สมองได้รับบาดเจ็บ (Amitai, ๒๐๑๖ อ้างใน วิจิตรา กุสุมภ์, ๒๕๖๐)

จากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลตราด ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ๑,๓๖๗, ๑,๕๑๑ และ ๑,๕๑๓ ราย คิดเป็นวันนอน ๗,๕๐๖, ๘,๙๒๒ และ ๘,๗๘๔ วันตามลำดับ (คณะกรรมการพยาบาล โรงพยาบาลตราด, ๒๕๖๕) ผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก(ICU) หรือหอผู้ป่วยวิกฤต ปัจจุบันโรงพยาบาลตราดมีข้อจำกัดและความไม่เพียงพอของจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก(ICU) ในการรองรับบริการผู้ป่วยวิกฤตที่มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ จึงขยายเตียงผู้ป่วยวิกฤตออกมาอยู่ในหอผู้ป่วยแต่ละแผนกมากขึ้น จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยของคณะทำงานด้านคลินิกศัลยกรรมพบผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในแผนกศัลยกรรม ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีจำนวน ๒๕๗, ๒๗๘, และ ๒๔๗ ราย คิดเป็นวันนอน ๑,๔๖๐, ๑,๔๕๖ และ ๑,๓๓๗ วัน ตามลำดับ (คณะกรรมการด้านคลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลตราด, ๒๕๖๕) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองและเลือดออกในสมอง เส้นเลือดสมองแตก การบาดเจ็บหลายระบบ ภาวะช็อกจากสาเหตุต่างๆ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง ช็อกท้อง ช็อกอก และผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ต่อมาเมื่อให้การรักษารักษาพยาบาลผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยอาการดีขึ้น จะเข้าสู่ขบวนการการหยาผู้ป่วยจากการช่วยหายใจที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจได้เอง จากสถิติของโรงพยาบาลตราด ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ ๘,๑๑ และ ๑๒ ราย (คณะกรรมการพยาบาล โรงพยาบาลตราด, ๒๕๖๕) สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากขาดการประเมินการหยาเครื่องช่วย

หายใจและถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีและหายใจได้เอง และในแผนกศัลยกรรมพบผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ต้องกลับมา Re-intubation จำนวน ๔,๕, และ ๓ ตามลำดับ (คณะทำงานด้านคลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลตราด, ๒๕๖๕) สาเหตุเนื่องมาจากการประเมินความพร้อมก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาลไม่ครอบคลุม ขาดประสบการณ์ในการ Cuff leak test ขาดความรู้และไม่มีเครื่องมือในการตรวจสอบความพร้อมก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดเครื่องช่วยหายใจ

ปัจจุบันมีการออกแบบ Weaning Protocol ใช้ในผู้ป่วย ICU ของโรงพยาบาลตราด ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอนประเมินที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยวิกฤตในงานผู้ป่วยหนักที่มีความยากและต้องใช้ทักษะเฉพาะของเครื่องช่วยหายใจ ถ้านำมาใช้ต้องปรับให้เหมาะกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยใน และยังไม่มีการออกแบบแบบประเมินและแบบบันทึกการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจ สำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจปลอดภัยไม่กลับมาใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจใหม่ จึงจำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือมาใช้เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลและการประเมินผู้ป่วย เตรียมพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจอย่างปลอดภัย

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการทบทวนเอกสารวิชาการ วรรณกรรม และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง การหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ แพทย์และพยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและมีการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ ทักษะ ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และการมีเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินและบันทึกข้อมูลให้ครอบคลุม จะเป็นการสื่อสารที่ในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากวรรณกรรม การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม (วิจิตรา กุสุมภ์, ๒๕๖๐) การหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจ (Weaning from mechanical ventilator) คือ กระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจกลับมาหายใจได้เอง แต่การหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของพยาบาล เพราะผู้ป่วยแต่ละรายมีความยากง่ายไม่เหมือนกัน ข้อบ่งชี้ในการหย่าจากเครื่องช่วยหายใจที่สำคัญ คือ

๑) สาเหตุที่ใช้การช่วยหายใจได้รับการแก้ไข คือ ผลเอกซเรย์ปอดดีขึ้น ปอดขยายได้ดี เสมหะน้อยลงสามารถไอและขับเสมหะได้เอง ฟังเสียงหายใจปกติ

๒) Hemodynamic ปกติ คงที่ เช่น Cardiac output เพียงพอ

๓) กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจแข็งแรง คือ อัตราการหายใจน้อยกว่า ๓๐ ครั้งต่อนาที, หายใจเข้าวัดค่าแรงดันลบ (negative inspiratory force) มากกว่า ๒๐ เซนติเมตรน้ำ, หายใจได้เองวัดค่า Tidal volume (VT) ได้ ๔.๕ มิลลิลิตร/กิโลกรัม (ส่วนใหญ่ VT ได้ ๒๕๐-๔๐๐ มิลลิลิตรจะหย่าได้สำเร็จ ถ้า VT น้อยกว่า ๒๐๐ มิลลิลิตรไม่สามารถหย่าได้), Vital capacity มากกว่า ๑๐ มิลลิลิตร/กิโลกรัม และ Minute volume มากกว่า ๑๐ ลิตร/นาที

๔) ค่า Arterial Blood Gas (ABG) มี ค่า PaO₂ มากกว่า ๖๐ มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ให้ออกซิเจนต่ำกว่า ๕๐ เปอร์เซ็นต์ (FiO₂ < ๐.๕), ค่า PaCO₂ น้อยกว่า ๔๕ มิลลิเมตรปรอท และ ค่า Positive end expiratory pressure (PEEP) น้อยกว่า ๕ เซนติเมตรน้ำ

๕) ระดับความรู้สึกตัวดี

๖) ได้รับอาหารและน้ำได้อย่างเพียงพอ

๗) ปราศจากภาวะติดเชื้อ ใช้ ซีด อ่อนเพลีย ท้องอืด

๘) ใช้ยาแก้ปวดหรือยานอนหลับลดลงหรือไม่ใช้เลย เพราะยาดังกล่าวเป็นสาเหตุให้การหายใจถูกกด

๙) ไม่มีภาวะ acid-base or electrolyte imbalance, hyperglycemia, arrhythmia, renal failure

กระบวนการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจ

กระบวนการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจ แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ ๑) ระยะก่อนหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ ๒) ระยะหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ และ ๓) ระยะถอดท่อช่วยหายใจ

๑. ระยะก่อนหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ (Per-weaning phase) เป็นระยะที่แพทย์เริ่มจะหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจ มีขั้นตอน

๑.๑) การคัดกรองผู้ป่วยสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ คือ ผู้ป่วยดีขึ้น เหตุที่ทำให้ต้องใช้การช่วยหายใจถูกแก้ไขแล้ว และผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกคงที่

๑.๒ ความพร้อมทางสรีรวิทยา เป็นการประเมินเกี่ยวกับการหายใจของปอดหรือโรคที่เป็นสาเหตุและประเมินตามระบบต่างๆ

๑.๓ ความพร้อมด้านจิตใจ การพรากความรู้สึกจากการนอนนานๆ (Sleep deprivation) จะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด ทำให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ

๒. ระยะหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ (weaning phase) ในระยะนี้แพทย์จะเลือกวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจและประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย จะต้องมีการติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถือว่าการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นผลสำเร็จถ้าผู้ป่วยสามารถรักษาระดับการหายใจเองได้อย่างเพียงพอโดยไม่มีอันตรายเกิดขึ้น ซึ่งวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีหลายรูปแบบ เช่น

๒.๑) การลองใช้ท่อให้ออกซิเจนลักษณะ T-Tube ; T-tube trials สามารถทำได้ ๒ ทางคือ Rapid withdrawal method โดยวิธีนี้ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยหายใจแบบ Pressure support ventilation (PSV) จนกระทั่งคิดว่าสภาพผู้ป่วยเหมาะสมแล้วสำหรับการหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ ก็จะหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจทันที แล้วให้ผู้ป่วยหายใจผ่าน T-Tube เริ่ม ลอง ๓๐ นาทีแล้วค่อยเพิ่มเป็นเวลาหลายชั่วโมง และ Gradual transition method เป็นการให้ผู้ป่วยหายใจผ่าน T-Tube เป็นเวลาสั้นๆก่อนแล้วค่อยเพิ่มเวลานานขึ้น ตั้งแต่ ๕ นาที ๑๕ นาที และ ๓๐ นาทีตามลำดับ

๒.๒) Intermittent mandatory ventilation (IMV) วิธีการช่วยหายใจนี้ จะลดอัตราการหายใจของเครื่องลงคราวละไม่เกิน ๒-๔ ครั้งต่อนาที โดยอาศัยการประเมินอาการผู้ป่วยและการวิเคราะห์ค่าก๊าซเป็นแนวทาง เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกคงที่และไม่สามารถทนต่อการหยุดเครื่องช่วยหายใจทันที ไม่ควรใช้กับผู้ป่วยที่มีระบบประสาทส่วนกลางถูกกด

๒.๓) Pressure support ventilation (PSV) เป็นวิธีที่ถูกคิดขึ้นมาเพื่อใช้ในการหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ เมื่อใช้ PSV ต่ำๆ จะช่วยลดงานของกล้ามเนื้อหายใจที่เกิดจาก artificial airway สามารถใช้ร่วมกับ IMV หรือ weaning mode เพียงอย่างเดียว

๒.๔) Mandatory minute ventilation (MMV) ผู้ป่วยจะได้รับ minute volume ตามที่ตั้งไว้แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

๒.๕) Continuous positive airway pressure (CPAP) เป็นวิธีที่ช่วยหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ ช่วยทำให้ทางเดินหายใจมีแรงบวกตลอด ทั้งหายใจเข้า-หายใจออก ทำให้เพิ่มความจุของ FRC ทำให้เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ แก่ไขภาวะเลือดพร่องออกซิเจน

๓. ระยะถอดท่อช่วยหายใจ (Extubation phase) หลังจากหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่ไปในแนวทางสำเร็จ เช่น ระบบหายใจ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นจนถึง ๑๔ ครั้งต่อนาที minute volume คงที่ $PaO_2 + 5-10$ มม.ปรอท, $PaCO_2 + 5-10$ มม.ปรอท, $pH > 7.30$ และ < 7.50 มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจน้อยที่สุด ไม่มี paradoxical breathing ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ๑๕-๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ๑๐-๑๕ มม.ปรอท cardiac index เพิ่มขึ้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงที่ไปในทางล้มเหลว เช่น อัตราการหายใจมากกว่า ๓๐ ครั้งต่อนาที มีการเพิ่มหรือลดของ minute volume อย่างมาก $PaO_2 + 5-10$ มม.ปรอท, $PaCO_2 + 5-10$ มม.ปรอท, $pH < 7.30$ มีการเพิ่มการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ มี paradoxical breathing หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ cardiac index ลดลง มีหัวใจเต้นผิดปกติ มีเหงื่อออกมาก เจ็บหน้าอก

จากแนวคิดและวรรณกรรม การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต : แบบองค์รวม (วิจิตรา กุสุมภ์, ๒๕๖๐) และแบบ Weaning Protocol ของผู้ป่วย ICU ของโรงพยาบาลตราด ผู้จัดทำจึงนำมาประยุกต์และออกแบบ แบบประเมินและแบบบันทึกการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลตราด สำหรับพยาบาลได้ใช้ในการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤติ ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและเตรียมความพร้อมสำหรับกระบวนการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ แก้ไขปัญหา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีแบบประเมินและแบบบันทึกการหย่าผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจใช้สำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลตราด

๔.๒ ลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ

๔.๓ ลดอัตรา Re-intubation ในผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ไม่เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจในแผนกศัลยกรรม

๕.๒ อัตรา Re-intubation ในผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจเท่ากับ ๐

(ลงชื่อ).....ผู้ขอประเมิน

(นางสาวณัฐกุล หนูจักร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 26 / สิงหาคม / 2565