



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ ได้กำหนด  
หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครอง  
ตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล  
ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมิน  
ผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวนริศราภรณ์ นุบาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล
๒	นางสาวนุจารีย์ เนียมชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล
๓	นางศุภลักษณ์ กองสี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน  
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการ  
ประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการ  
ประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายพันธ์เทพ เสาโกศล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวนริศราภรณ์ นุบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๙๕๙๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๙๕๙๖	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
๒	นางสาวนุจารีย์ เนียมขมภู	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๐๕๔๗	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๐๕๔๗	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
๓	นางสาวศุภลักษณ์ กองสี	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๑๔๙๘	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๑๔๙๘	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%

๗๕๗๗

## **ส่วนที่ ๒** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ: กรณีศึกษา (พ.ศ.๒๕๖๓)”
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ ถึง ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๓
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน  
ความรู้ทางวิชาการ

การบาดเจ็บที่สมองเป็นภาวะวิกฤตของร่างกาย สมองประกอบด้วยระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบและอวัยวะบางระบบ ทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการมีชีวิต เช่นการหายใจ การไหลเวียนโลหิต เป็นต้น เมื่อศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุ ทำให้เซลล์สมองชอกช้ำ และหลุดเลือดแดงภายในกะโหลกศีรษะถูกทำลาย จึงทำให้เกิดปัญหาการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายได้

### **ความหมาย**

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บใดๆ ที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มีเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

### **กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของศีรษะ**

ศีรษะมีหนังศีรษะปกคลุมศีรษะไว้ ภายในกะโหลกศีรษะมีเนื้อสมองซึ่งมีเยื่อหุ้มสมองหุ้มอยู่ ๓ ชั้นคือ Dura mater เป็นชั้นนอกสุดที่ติดกับผนังกะโหลกศีรษะ ประกอบด้วย ๓ ชั้น ซึ่งอยู่ติดกันแน่น นอกจากบางแห่งจะแยกเป็น ๒ ชั้น และมีโลหิตอยู่ภายใน ชั้นที่ ๒ เรียก Arachnoid membrane เป็นเยื่อหุ้มชั้นกลาง ชั้นที่ ๓ เรียกว่า Pia mater เป็นชั้นในสุดติดเนื้อสมองระหว่าง Pia mater กับ Arachnoid membrane

### **กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งออกเป็น ๒ แบบคือ**

๑. การบาดเจ็บโดยตรง (Direct injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี ๒ ชนิดคือ
  - ๑.๑ บาดเจ็บที่เกิดขณะที่ศีรษะอยู่นิ่ง (Static head injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะอยู่นิ่งหรือเลื่อนไหวเล็กน้อย เช่นการถูกตี ถูกยิง เป็นต้น
  - ๑.๒ บาดเจ็บที่เกิดขณะที่ศีรษะที่เคลื่อนที่ (Dynamic head injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะที่มีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ เมื่อศีรษะกระทบของแข็งจะทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้น ซึ่งมักมีการแตกร้าวของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดหรือมีเลือดออกร่วมด้วย
๒. การบาดเจ็บโดยอ้อม (Indirect injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกายแล้วมีสะท้อนทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงจนกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรง

### **พยาธิสรีรวิทยาเมื่อมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ**

๑. บาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรก (Primary head injury)
  - ๑.๑ หนังศีรษะ (Scalp) บาดแผลที่เกิดบริเวณหนังศีรษะ มีลักษณะต่างๆ เช่น บวมช้ำ หรือโน (Contusion) ถลอก (Abrasion) ฉีกขาด (Laceration) หรือหนังศีรษะขาดหาย (Avulsion)

## ๑.๒ กะโหลกศีรษะ (Skull)

๑.๒.๑ กะโหลกแตกกร้าวเป็นแนว (Linear skull fracture) สาเหตุจากการกระทบอย่างแรงเป็นบริเวณกว้างของกะโหลก การแตกชนิดนี้ทำให้หลอดเลือดของเยื่อหุ้มสมองและเนื้อสมองส่วนนั้นฉีกขาดเกิด Epidural hematoma, Acute subdural hematoma, และ Brain contusion

๑.๒.๒ กะโหลกแตกกร้าวบริเวณฐาน (Basilar skull fracture) ชนิดนี้มักเกิดร่วมกับกะโหลกแตกกร้าว เป็นแนวตามขวางของกระดูกด้านข้าง หรืออาจแตกเฉพาะบริเวณฐานกะโหลก สามารถวินิจฉัยจากอาการและอาการแสดง เช่น รอยเขียวคล้ำบริเวณหลังหู (Battle's sign) แก้วหูฉีกขาด เลือดออกหลังหู มีน้ำหรือเลือดไหลทางจมูก (Rhinorrhea) หรือทางหู (Otorrhea) ผิวหนังบริเวณรอบเบ้าตาเขียวคล้ำ (Raccoon's eyes) เป็นต้น

๑.๒.๓ กะโหลกแตกยุบ (Depressed skull fracture) ชนิดนี้เกิดเนื่องจากแรงกระทบบนบริเวณที่แคบกว่าชนิดกะโหลกแตกกร้าว แรงกดที่กระทำต่อกะโหลกต้องแรงกว่าหรือเท่ากับความหนาของกะโหลกส่วนนั้น

๑.๓ เนื้อสมองช้ำ (Brain contusion) เป็นภาวะที่มีเลือดแทรกอยู่ระหว่างเซลล์สมองใต้เยื่อหุ้ม โดยไม่มีการฉีกขาดต่อแครงนอยด์และเยื่อหุ้มทำให้ผิวของสมองมีสีคล้ำ Sulcus และ Gyrus หายไป

๑.๔ การบาดเจ็บทั่วไปของเนื้อสมองส่วนสีขาว (Diffuse white matter injury) มักเกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ทำให้หมดสติทันทีที่ได้รับบาดเจ็บและมีแขนขาบิดเกร็งทั้งสองข้าง (Bilateral decerebration) จนกระทั่งเสียชีวิต โดยไม่มีระยะของการรู้สึกตัว (Lucid interval)

๑.๕ เนื้อสมองฉีกขาด (Brain laceration) หมายถึงการฉีกขาดของเนื้อสมองร่วมกับการฉีกขาดของเยื่อแครงนอยด์และเยื่อหุ้ม เนื่องจาก การแตกของกะโหลกศีรษะเป็นแนวหรือมีการแตกยุบทำอันตรายต่อเนื้อสมอง และเยื่อหุ้มสมองโดยตรง

## ๒. บาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง (Secondary head injury)

### ๒.๑ เลือดออกในสมอง (Intracerebral hematoma) แบ่งตามตำแหน่งที่เกิดดังนี้

๒.๑.๑ Epidural hematoma เป็นก้อนเลือดที่รวมตัวจากการมีเลือดออกจากหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ Middle meningeal หลอดเลือดดำ Superior sagittal sinus และ Diploic

๒.๑.๒ Subdural hematoma เป็นก้อนเลือดที่รวมตัวจากการที่เลือดออกจากเลือดดำ Cortical และ bridging ได้ดูรา แบ่งเป็น ๓ ชนิดดังนี้ Acute subdural hematoma เป็นการเกิดก้อนเลือดอย่างรวดเร็วและมีขนาดใหญ่ทำให้เกิดอาการภายใน ๔๘ ชั่วโมง Subacute subdural hematoma เป็นการเกิดก้อนเลือดได้เยื่อหุ้มสมองที่ทำให้เกิดอาการภายใน ๒ วัน ถึง ๒ สัปดาห์ Chronic subdural hematoma เป็นการที่มีเลือดซึมออกมาได้ดูรา เป็นผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการมากกว่า ๒ สัปดาห์หลังเกิดอุบัติเหตุ

๒.๒ สมองบวม (Cerebral edema) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเพิ่มปริมาตรเนื่องจากบวมน้ำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

๒.๓ ความดันกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure) หมายถึงภาวะที่มีความดันของสารเหลวในช่องเวเนทริเคิล (Ventricular fluid pressure) ประมาณ ๑๕ mmHg หรือ ๒๐๐ mmH<sub>2</sub>O ขึ้นไป

**๒.๔ ภาวะสมองเคลื่อน (Brain displacement)** เป็นภาวะที่เนื้อสมองเคลื่อนสู่บริเวณอื่นที่ไม่ใช่ตำแหน่งที่ตั้งตามปกติ ภายหลังที่ไม่สามารถปรับสมดุลภายในกะโหลกศีรษะได้ต่อไป เนื่องจากการมีก้อนเลือดหรือสิ่งกีดขวาง (Space occupying lesion) สมองบวมและความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ทำให้เบียดเนื้อสมองจนกระทั่งเคลื่อนสู่ช่องเปิดภายในและภายนอกกะโหลกศีรษะ

#### **อาการและอาการแสดง**

##### **๑. อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (Neurological signs)**

๑.๑ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยจะลดลงกว่าเดิม

๑.๒ การเปลี่ยนแปลงอาการแสดงเฉพาะที่ทางระบบประสาท คือการเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาทั้งขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา (Pupils) ต่อแสงสว่าง อาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้าง

๒. อาการปวดศีรษะ ในระยะแรกที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ เพราะในโพรงกะโหลกศีรษะบริเวณที่มีประสาทรับความรู้สึกต่อความเจ็บปวด (Pain sensitive structures) มีการเปลี่ยนแปลง

๓. อาการอาเจียน ที่พบจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง พบในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเกิดขึ้นในบริเวณใต้เทรนทอเรียม หรือมีการกดบริเวณศูนย์ควบคุมการอาเจียนที่อยู่บริเวณเมดัลลา จะเป็นการอาเจียนแบบไม่มีการเตือนล่วงหน้า และเป็นแบบอาเจียนพุ่ง (Projectile vomiting)

๔. การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ในระยะแรกของความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความดันโลหิตจะยังคงเป็นปกติ แต่ต่อมาเมื่อก้านสมองถูกรบกวนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต โดยการที่ปฏิกิริยาการขาดเลือด ซึ่งเกิดจากการที่ Vasomotor center ในเมดัลลาขาดเลือด ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น

#### **การรักษา**

๑. การรักษาด้วยยา เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ชัก เนื่องจากการชักจะเพิ่มเมทาบอลิซึมของสมองเลือดจะไหลเวียนสู่สมองมากขึ้น และทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

๒. การรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ได้แก่

๒.๑ Craniotomy เป็นการผ่าตัดโดย Burr hold แล้วเอา Bone flap ออกเพื่อเปิดเยื่อหุ้มสมองดูราก่อนเลือดออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

๒.๒ Craniectomy วิธีทำเหมือน Craniotomy แต่เย็บ Skin flap ไว้ โดยตัดกะโหลกศีรษะบางส่วนออกไป

๒.๓ Ventriculostomy เป็นการทำ Burr hold แล้วต่อท่อเข้าโพรงสมอง ระบายน้ำไขสันหลังลงสู่ถุงรองรับน้ำไขสันหลังภายนอกร่างกาย

#### **การพยาบาล**

๑. บันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาทีหรือ ๓๐ นาทีเมื่ออาการคงที่บันทึกทุก ๑ ชั่วโมง

๒. สังเกตและบันทึกอาการทางระบบประสาททุกชั่วโมง ถ้าลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ คะแนน รายงานแพทย์รับทราบ

๓. ดูแลและจัดทำทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์

๔. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา และควบคุมอัตราการไหลของยาให้ตรงตามแผนการรักษา

๕. ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวด และได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

๖. ประเมินอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง อาเจียนพุ่ง ชักเกร็ง กระตุก ลักษณะการหายใจผิดปกติ มีแขนขาอ่อนแรง ปวดศีรษะมาก เป็นต้น

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### สรุปสาระสำคัญ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีอัตราการตายสูง ในการบาดเจ็บมักเกิดร่วมกับกะโหลกศีรษะแตกหรือยุบลง ทำให้มีสิ่งกั้นที่ในกะโหลกศีรษะ จึงทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องจะส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้สูญเสียชีวิต สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยที่ได้บาดเจ็บที่สมอง ๓ ปีย้อนหลังของโรงพยาบาลขอนแก่นตั้งแต่ปี ๒๕๖๑, ปี ๒๕๖๒ และ ปี ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่เข้ารับการรักษา สาเหตุมาจากอุบัติเหตุมีจำนวน ๖๖๐, ๕๕๖, และ ๕๗๒ ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายร้อยละ ๗.๕๘, ๗.๑๙ และ ๗.๖๙ ตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายร้อยละ ๗.๑๙, ๗.๕๘ และ ๗.๖๙ ตามลำดับ เห็นได้ว่ามีอัตราที่เปลี่ยนแปลงและมีแนวโน้มสูงมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่สมองได้รับการบาดเจ็บได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้นำเสนอผลงานจึงเลือกศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

##### ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากตำราต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๑๕ ปี อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ ชักบริเวณกรายานยนต์ล้มเอง สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ วินิจฉัยแรกเริ่ม Traumatic intracerebral hemorrhage (ภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง) ได้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ๒ HN ๖๓๐๗๒๔๙๑ AN ๖๓๗๖๓๙๖

๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภาพถ่ายรังสี และแผนการรักษาของแพทย์

๔. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อ Internet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและแพทย์ผู้รักษา เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา

๕. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ
๖. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
๗. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล
๘. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบกับทฤษฎี
๙. เรียบเรียงการเขียนรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ควบคุมตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข
๑๐. เผยแพร่ผลงาน

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### ๕.๑ เชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน ๑ เรื่อง

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๑๕ ปี HN ๖๓๐๗๒๔๙๑ AN ๖๓๗๖๓๙๖ Admit วันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ มาด้วยอาการ ๔ วันก่อนมาเข้ารับรถจักรยานยนต์ล้มเอง สลบหมดสติ จำเหตุการณ์ไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยเป็น Traumatic intracerebral hemorrhage (ภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง) สัญญาณชีพแรกจับ BT = ๓๘.๖°C, PR = ๘๒ bpm, RR ๒๐ bpm, BP = ๑๕๖/๙๐ (๑๐๓) mmHg, GCS E<sub>4</sub>V<sub>2</sub>M<sub>5</sub> Pupil ๒ mmRTL BE Motor power ซีกขวา เกรด ๑ ซีกซ้าย เกรด ๕ ได้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ๒ เพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาท ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml iv drip ๑๐๐ ml/hr. ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ใช้เครื่องช่วยหายใจ งดน้ำงดอาหาร ผู้ป่วยได้ถอดท่อช่วยหายใจวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓ GCS E<sub>4</sub>V<sub>2</sub>M<sub>6</sub> Pupil ๒ mmRTL BE Motor power ซีกขวา เกรด ๓ ซีกซ้าย เกรด ๕ ได้ปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ วางแผนการจำหน่าย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๓

ในด้านการดูแลรักษาพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลค้นหาปัญหาทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนได้ดังนี้

๑. เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง
๒. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการขับเสมหะในทางเดินหายใจลดลง
๓. มีโอกาสเกิดแผลกดทับ เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย
๔. แบบแผนการดูแลตนเองบกพร่อง เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
๕. ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ และโรค ที่คุกคาม

ปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมดที่กล่าวมานั้นส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีบางปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และการเกิดเป็นซ้ำของการติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งต้องดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ รวมวันนอน ๑๐ วัน

## ๕.๒ เชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

๕.๒.๒ ผู้ป่วยและญาติมั่นใจในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วยขณะกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น และพึงพอใจต่อการดูแลตนเองของทีมสุขภาพ

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๒ เพื่อเป็นข้อมูลในการพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะในรายอื่นๆ อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๖.๓ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่ให้กำลังใจซักถามสาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้การดูแลตนเองที่บ้าน จำเป็นต้องเน้นในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น ปอดอักเสบ การเกิดแผลกดทับ และเน้นในเรื่องการทำกายภาพบำบัด การเฝ้าระวังอาการสำคัญที่อาจจะต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ประวัติการได้รับบาดเจ็บไม่ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยจำเหตุการณ์ไม่ได้ทำให้การประเมินสภาพผู้ป่วยอาจผิดพลาดได้

๘.๒ ญาติไม่สามารถจดจำข้อมูลเรื่องการดูแลและสังเกตอาการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

## ๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป อาจทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

๙.๒ เน้นการทำงานเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ มีความไวในการสังเกตและประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วย



๘.๓ จัดทำสื่อการสอน เช่นแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมถึงอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑. นางสาวนริศราภรณ์ นุบาล สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นางสาวนริศราภรณ์ นุบาล  
(นางสาวนริศราภรณ์ นุบาล)  
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
๑๖ / ธันวาคม / ๒๕๖๕  
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวนริศราภรณ์ นุบาล	<u>นางสาวนริศราภรณ์ นุบาล</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
(นางพินรัฐ จอมเพชร)  
(ตำแหน่ง) วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล  
(วันที่) .....  
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกเสียด)  
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น  
(วันที่) 26 พ.ค. 2566  
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง “การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ”

### ๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันปัญหาอุบัติเหตุเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่องก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งในด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพย์สิน เศรษฐกิจ และสังคม อุบัติเหตุที่ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุดคือ อุบัติเหตุการจราจร และอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บมากที่สุด คือศีรษะ โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุถึง ๒ ล้านคน ผู้ที่รอดชีวิตประมาณ ๗๐,๐๐๐ – ๘๐,๐๐๐ คน ซึ่งกว่า ๘๐,๐๐๐ คนนั้นยังมีความผิดปกติด้านร่างกาย สติสัมปะชัญญะ ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม (นภาพร มาศขุน, ๒๕๕๕) จากสถิติอุบัติเหตุ และสาธารณสุขในปี ๒๕๖๒ พบว่ามีผู้ได้รับอุบัติเหตุจำนวน ๒,๘๖๗,๒๓๑ คน เสียชีวิต ๔๐,๐๐๐ คน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับที่ ๒ รองลงมาจากโรคมะเร็ง และหัวใจ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒) และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ๒ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ปี ๒๕๖๑, ปี ๒๕๖๒ และ ปี ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่เข้ารับการรักษา สาเหตุมาจากอุบัติเหตุมีจำนวน ๖๖๐, ๕๕๖, และ ๕๗๒ ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายร้อยละ ๗.๕๘, ๗.๑๙ และ ๗.๖๙ ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลขอนแก่น, ๒๕๖๓)

การบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อสมอง โดยพบได้ตั้งแต่เกิดการกระทบกระเทือน ชอกช้ำ ฉีกขาด สมองบวม หรือมีเลือดออกในเนื้อสมอง ทำให้การทำงานที่ของสมองโดยเฉพาะในส่วนของ Reticular activating system ซึ่งทำหน้าที่ในการรับรู้ความรู้สึก ควบคุมความตื่นตัว ระดับการรู้คิด ระดับความรู้สึกตัว ไม่สามารถส่งกระแสประสาทไปยังเปลือกสมองได้ตามปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงที่แตกต่างกัน เกิดความพร่องในการรู้คิด ขาดความสามารถในการตัดสินใจร่วมกับความบกพร่องทางด้านร่างกาย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นอัมพาต ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงถูกจัดให้อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก หรือหอผู้ป่วยไอซียู มีเครื่องมือและอุปกรณ์การรักษาคือเป็นจำนวนมาก ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร และข้อจำกัดด้านเวลาในการเยี่ยมของญาติ การพยาบาลผู้ป่วยมุ่งเน้นให้ความสำคัญ เพื่อป้องกันอันตรายที่คุกคามชีวิต ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความสมบูรณ์ และตอบสนองความต้องการในทุกด้าน การพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ จึงควรให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บส่วนใหญ่ มุ่งเน้นไปยังการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ภาวะโภชนาการ และการขับถ่าย ส่วนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเพื่อการฟื้นตัว เป็นการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้านจิตใจ และการรู้คิด ซึ่งจัดเป็นการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งคน คือ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ระยะเร่งด่วน ระยะวิกฤต จนถึงระยะพักฟื้น จึงเป็นกิจกรรม

การพยาบาลสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ต้องปฏิบัติควบคู่ไปกับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ดังนั้น กลุ่มผู้ป่วย อุบัติเหตุที่ได้รับการกระทบกระเทือนที่สมองบางรายที่ต้องเผชิญกับความพิการหรือความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล ผู้ป่วยคือผู้ดูแลขาดความรู้หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วย และบุคลากรในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอ จึงได้จัดทำโครงการ สื่อ การสอนในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในการจัดทำสื่อการสอนในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ แบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะรักษา และระยะฟื้นฟู โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการจัดทำสื่อการสอน เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเอง และป้องกันไม่ให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่น และการ กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคหรือสาเหตุเดิม

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### บทวิเคราะห์

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบันทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การคมนาคม และการศึกษา ได้ส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ในการปรับปรุงบริการสุขภาพให้มีคุณภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม สำหรับประเทศไทยเองก็เช่นเดียวกัน คือมีแนวโน้มที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดทันทีที่อาการเจ็บป่วยดีขึ้น โดยมุ่งเน้นให้มีการดูแล การสอนการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการให้บริการที่จำเป็นต้องมีการดำเนินการ อย่างเป็นระบบที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่องตลอดการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งมีความมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมที่จะดูแลตนเองและสามารถจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นเมื่อ กลับไปอยู่บ้านทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม และฟื้นฟูสู่สภาพปกติโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นที่สะท้อนให้เห็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม เป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพและมาตรฐานของ วิชาชีพพยาบาลได้เป็นอย่างดี

#### แนวความคิด

ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ส่วนมากมีสาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมากที่สุด คืออุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี หรือทำให้ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บนั้นหลักจากการรักษาที่พ้นระยะวิกฤตมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งเป็นปัญหาที่ยากในการแก้ไข ดังนั้น การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟู สภาพในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บจึงควรเน้น และตระหนักให้มีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นทีม พยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล ต้องเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยเน้นให้ข้อมูลในเรื่องการฟื้นฟูสภาพ ขณะที่อยู่โรงพยาบาล หรือเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน สื่อการสอนในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ

ในการดูแลผู้ป่วยเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาล คือ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น พยาบาลทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชนทุกวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต โดยกระบวนการทั้งหมดเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ขณะรับการรักษาการเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วย

ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานบริการสุขภาพ ตลอดจนถึงแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย การดูแลโดยญาติ ลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

#### ข้อเสนอ

ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บหลังหมดอาการจากโรคแล้วมักมี ความพิการหลงเหลืออยู่ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูนานเป็นปี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงการไม่เข้าใจ แผนการรักษาทำให้เกิดการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องและไม่เห็นถึงความสำคัญของการรักษา ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีความรู้ ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคสมองบาดเจ็บ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

ทางผู้จัดทำจึงได้จัดทำแผนพับเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ รวมทั้งแนวทางการรักษาและป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ โดยบรรยาย และสาธิตการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในเรื่องการให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผลคอ การอาบน้ำบนเตียง การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ก่อนกลับบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลหลักทราบถึงการดูแลเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมทุกราย

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
- ๔.๒ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดความพิการ
- ๔.๓ พัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่ผิดปกติและได้รับการการพามาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลมากกว่า ๙๐

(ลงชื่อ) ..... นวริศราภรณ์ นวล .....  
.....

(นางสาวนริศราภรณ์ นวล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

๑๖ / ธันวาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

5.3.5 ให้ความรู้ด้านคลินิกด้านต่างๆ ให้แก่พยาบาลวิชาชีพใหม่ที่เข้าทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เช่น การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การจำแนกประเภทผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยใส่สายระบายต่างๆ การให้เลือด และการอ่านผล แผลผลคลื่นหัวใจ เป็นต้น

5.3.6 เป็นพี่เลี้ยงให้แก่พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่เข้าทำงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจไมทรัลรั่วที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม – 30 กันยายน 2564
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจไมทรัลรั่ว (mitral regurgitation: MR) ที่แน่ชัดคือ โรคหัวใจรูห์มาติก (rheumatic heartdisease: RHD) ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่พบได้ เช่น congenital mitral valve deformities, malignant carcinoid syndrome, endocarditis vegetation และ inherited metabolic disease ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสาเหตุจาก RHD พบว่ามีเพียงร้อยละ 50-60 มีประวัติของไข้รูห์มาติก (rheumatic fever: RF) ที่ชัดเจนมาก่อน พบในเพศหญิงบ่อยกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2:1 ถึง 3:1 โดยส่วนใหญ่พบว่ามีประวัติของ RF ก่อนอายุ 20 ปี และมีอาการแสดง ใน 10 ถึง 20 ปีต่อมา สาเหตุของการเกิดไข้รูห์มาติก คือการได้รับเชื้อ Group A beta-hemolytic streptococcus ซึ่งกลไกที่ทำให้เกิดลิ้นหัวใจอักเสบ (valvulitis) ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด โดยที่ streptococcal antigen สามารถทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อ และมีการปรับเปลี่ยนระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) ในร่างกายโดยความรุนแรงของเชื้อขึ้นกับการสร้าง hyaluronic acid capsule และ serotype of antigenic capsular M protein ซึ่งสามารถต่อต้านกระบวนการ phagocytosis และ opsonization ที่เป็นปกติของร่างกายได้ ในกระบวนการของ rheumatic valvulitis นั้น พบว่าลิ้นหัวใจไมทรัลเกิดพยาธิสภาพได้บ่อยที่สุด โดยมีอุบัติการณ์ดังนี้

1. Isolated mitral valve disease พบได้ร้อยละ 40
2. Combined aortic and mitral valve disease พบได้ร้อยละ 30
3. Isolated aortic valve disease พบได้ร้อยละ 20

### พยาธิสภาพ

ลิ้นหัวใจเป็นส่วนหนึ่งของหัวใจที่ทำหน้าที่คล้ายประตูกัน ไม่ให้เลือดที่อยู่ในแต่ละห้องหัวใจไหลย้อนกลับ ขณะที่ห้องหัวใจบีบตัว ลิ้นหัวใจจึงทำหน้าที่คล้ายประตูปิด - เปิด ระหว่างห้องหัวใจตลอดเวลา ตั้งแต่เกิดหัวใจคนเรามีลิ้นหัวใจอยู่ 4 ตำแหน่ง คือ

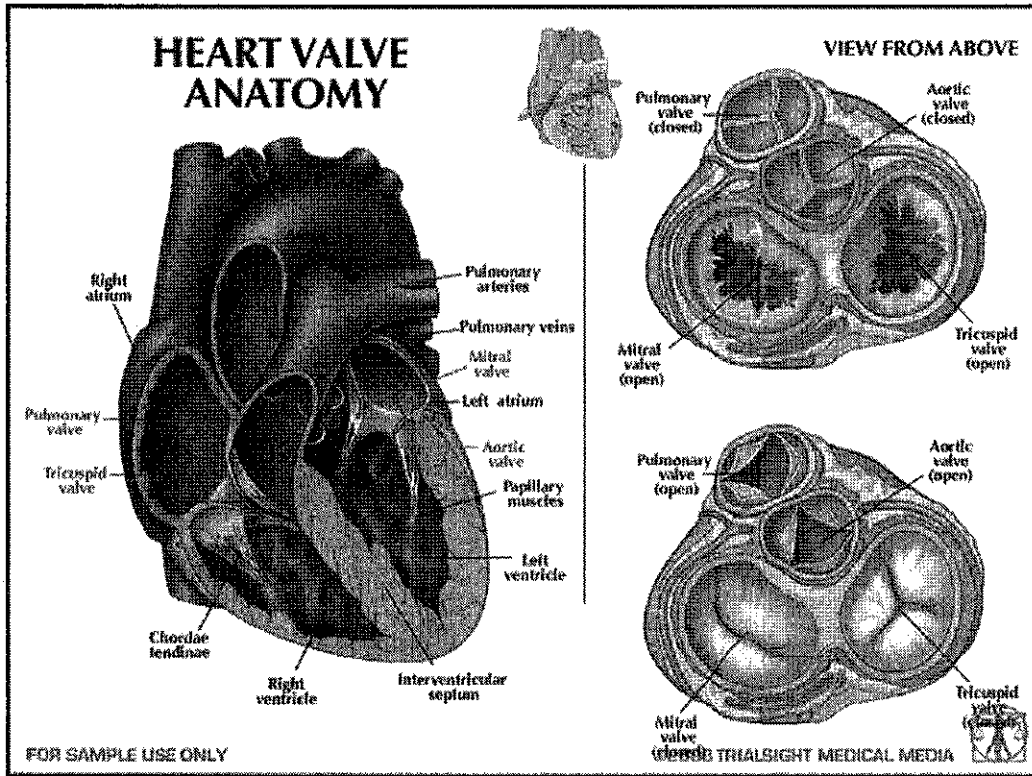
ไตรคัสปิด (Tricuspid) อยู่ระหว่างหัวใจห้องขวาบนและล่าง

พุลโมนารี (Pulmonary) อยู่ระหว่างหัวใจห้องขวาล่างกับหลอดเลือดแดงที่ไปปอด

ไมทรัล (Mitral) อยู่ระหว่างหัวใจห้องซ้ายบนและล่าง

เอออร์ติค (Aortic) อยู่ระหว่างหัวใจห้องซ้ายล่างกับหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ไปเลี้ยงร่างกาย

ลักษณะของลิ้นหัวใจประกอบไปด้วยเนื้อเยื่อเป็นแผ่นบางหรือหนา และจำนวนแผ่นเนื้อเยื่อจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของลิ้นหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจไมทรัล (Mitral) ซึ่งเป็นลิ้นที่มีความสำคัญมาก จะประกอบไปด้วยแผ่น (Leaflet) 2 แผ่น เป็นรูปคล้ายอานม้า หนาประมาณ 2 – 3 มิลลิเมตร ส่วนลิ้นเอออร์ติก (Aortic) จะเป็นแผ่นรูปเสี้ยววงกลมบางๆ จำนวน 3 แผ่น แผ่นเหล่านี้ดูเหมือนอ่อนแอ ขาดง่าย แต่ความเป็นจริงแล้วมีความแข็งแรงมาก



**ความหมาย** คือ โรคที่เกิดจากลิ้นหัวใจ (Heart valve) ทำงานผิดปกติ จึงส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการไหลเวียนโลหิต เกิดปัญหาต่อการทำงานของหัวใจ ซึ่งในรายที่รุนแรง จะส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (หัวใจวาย) และเสียชีวิตได้ ประกอบด้วย 2 ลักษณะ ซึ่งมักเกิดพร้อมกัน คือ อาการลิ้นหัวใจรั่ว และอาการลิ้นหัวใจตีบ ซึ่งลักษณะทั้ง 2 กรณีจะมีอาการที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งแพทย์จะทำการวินิจฉัยประเภทของโรค ได้แก่ การซักประวัติคนไข้ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การเอกซเรย์ และการตรวจสวนหัวใจ

ลักษณะของลิ้นหัวใจตีบ หมายถึง สภาวะที่ลิ้นหัวใจมีอาการบวมโตจนตีบปิดรูลิ้นหัวใจ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่เปิด-ปิดห้องหัวใจได้ตามปกติ ทำให้เลือดไหลผ่าน และไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ

ลักษณะของลิ้นหัวใจรั่ว หมายถึง ภาวะที่เลือดสามารถไหลย้อนกลับผ่านลิ้นหัวใจที่ทำงานผิดปกติ ขณะที่ลิ้นหัวใจปิด ลักษณะของโรคลิ้นหัวใจรั่ว หากเกิดมาพร้อมตั้งแต่กำเนิดแพทย์จะสามารถวินิจฉัย และทำการผ่าตัดรักษาให้หายขาดได้ง่าย ส่วนหากเกิดมีอาการของลิ้นหัวใจตีบหรือหัวใจรั่วในคนสูงอายุ ผู้ป่วยมักจะไม่ค่อยสังเกตความผิดปกติของโรคได้ง่าย เพราะอาการต่างๆ จะค่อยๆ เป็นค่อยไปจนอาการกำเริบและผิดปกติมาก จึงมักสังเกตเห็นความผิดปกติ และอาการของโรคออกมาในช่วงอายุมากแล้ว

#### สาเหตุการเกิดโรคลิ้นหัวใจ

1) เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ชนิดที่ก่อให้เกิดไข้ ข้ออักเสบ เกิดผื่นตามตัว ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เชื้อเข้าสู่หัวใจ ส่งผลทำให้ลิ้นหัวใจติดเชื้อ และเกิดอาการของลิ้นหัวใจอักเสบและพองตัวหนา ไม่

สามารถทำงานได้ตามปกติ

2) เกิดจากความผิดปกติที่มาแต่กำเนิดซึ่งอาจมีสาเหตุจากหลายปัจจัยขณะตั้งครรภ์หรืออาจมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม

3) เกิดจากร่างกายได้รับหिनปุนมาก ทำให้บางส่วนไปเกาะตามลิ้นหัวใจมากเกินไปจนทำให้ลิ้นหัวใจไม่ทำงานหรือทำงานได้ไม่ตามปกติ

4) เกิดจากการเสื่อมของลิ้นหัวใจตามอายุการทำงาน ซึ่งมักเกิดกับผู้มีอายุมากแล้ว ร่วมด้วยสาเหตุอื่นๆ เช่น การบวมโตของลิ้นหัวใจ และการมีหिनปุนมาเกาะบริเวณลิ้นหัวใจ

#### อาการและอาการแสดง

ลิ้นหัวใจรั่วเพียงเล็กน้อยจะไม่แสดงอาการใดๆ แต่ถ้ารั่วมากจะปรากฏเมื่อหัวใจไม่สามารถทนรับกับปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นได้อีกต่อไป อาการที่เกิดขึ้นจึงเป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เช่น หอบเหนื่อย ขาบวม หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น

จากการซักประวัติที่ได้จะบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของโรคโดยประเมินได้จาก New York Heart Association Functional Class (NYHA FC) ซึ่งมีตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 4

Class I : ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคหัวใจ แต่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือทำกิจกรรมต่างๆ โดยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก เหนื่อยล้า ใจสั่น หรืออาการเจ็บหน้าอก

Class II : ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคหัวใจ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ เพียงเล็กน้อย แต่จะมีอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก เหนื่อยล้า ใจสั่น หรืออาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกาย

Class III : ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคหัวใจ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ รุนแรงขึ้น เมื่อทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันก็จะมีอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก เหนื่อยล้า ใจสั่น หรืออาการเจ็บหน้าอก

Class IV : ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคหัวใจ จะมีอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก เหนื่อยล้า ใจสั่น หรืออาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นได้แม้ขณะพัก

ประวัติที่บ่งบอกถึง pulmonary venous pressure ที่สูงขึ้น เช่น dyspnea on exertion, orthopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, pulmonary edema อาการของหลอดเลือดดำอักเสบ และไอเป็นเลือด นอกจากนี้ประวัติการมีใจสั่นอาจบ่งบอกถึงภาวะ AF หรือประวัติที่บ่งบอกถึงภาวะ systemic thromboembolism เป็นต้น

#### การวินิจฉัยโรค

1) การตรวจร่างกาย ลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่จะเป็นปกติ หรือพอมลง ถ้ามีภาวะ MR มาเป็นระยะเวลานาน ตรวจชีพจรพบว่าเป็นปกติ เบาหรือสม่ำเสมอได้ เส้นเลือดดำที่คอเป็นปกติ ถ้าไม่มีพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจอื่นร่วมด้วย ส่วนการตรวจบริเวณหัวใจได้กล่าวรายละเอียดไว้ในส่วนของอาการแสดง

2) การตรวจทางรังสี พบว่าลักษณะ LA enlargement เป็นการเปลี่ยนแปลงแรกเริ่มที่พบในภาพถ่ายรังสีปอด โดยจะพบลักษณะของ posterior bulging ของ LA, double contour ของขอบหัวใจด้านขวาและ elevation ของ left main bronchus และจากการที่มีขนาดของ LA ใหญ่และมีขนาดของ PA trunk ที่ขยายขนาดขึ้นทำให้เห็นลักษณะของ "straight left heart border" คือ แนวของขอบหัวใจด้านซ้ายซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรง



3) การตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมิได้นำมาใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค โดยที่ร้อยละ 30-40 ของผู้ป่วยที่มีภาวะ severe MR พบว่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ อย่างไรก็ตาม ในภาวะ severe MR ซึ่งมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีจังหวะการเต้นเป็น normal sinus rhythm พบว่าลักษณะที่บ่งบอกถึงขนาดของ LA ที่ใหญ่ขึ้น (LA enlargement) เป็นการเปลี่ยนแปลงเริ่มแรกสุดที่พบจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยมีลักษณะของ wide notched P wave ใน lead II และ biphasic P wave ใน lead V1 สำหรับจังหวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติซึ่งพบจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนใหญ่เป็นลักษณะของ atrial arrhythmias โดยเฉพาะที่พบบ่อย คือ atrial fibrillation (AF)

4) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง ด้วยวิธี echocardiography นั้นในปัจจุบันถือว่าเป็นการวินิจฉัยหลักที่ยืนยันการวินิจฉัยเบื้องต้นจากประวัติและการตรวจร่างกายตลอดจนร่วมกับภาพรังสีปอด โดยการทำ echocardiography นั้น ถือเป็น การประเมินพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจ และระดับความรุนแรงของโรค โดยที่สามารถบอกได้ถึงพื้นที่หน้าตัดขณะเปิดของลิ้นหัวใจ (crosssectional orifice area) และขนาดของห้องหัวใจ LA และ LV โดยที่ภาพวินิจฉัยในท่า parasternal long axis จะให้รายละเอียดได้ดีที่สุดในการพิจารณาพยาธิสภาพ หรือความผิดปกติของลิ้นหัวใจ ความหนาหรือแข็งจากหินปูนของลิ้นหัวใจ (thickening and calcification) การเคลื่อนที่และบรรจบกันของลิ้นหัวใจ (mobile and excursion and coaptation) ตลอดจนรายละเอียดในส่วนขององค์ประกอบบริเวณใต้ต่อลิ้นหัวใจที่มีส่วนช่วยในการเปิดปิดของลิ้นหัวใจ

5) การตรวจด้วยการสวนหัวใจ ถือว่าไม่มีความจำเป็นสำหรับการวินิจฉัยภาวะ MR หรือเพื่อการผ่าตัดรักษาในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าความจำเป็นในการตรวจด้วยการสวนหัวใจในผู้ป่วยภาวะ MR มี 2 กรณี คือ

5.1) เพื่อดูความผิดปกติของเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจโคโรนารี (coronary artery) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อพยาธิสภาพที่อาจพบร่วมได้ดังกล่าว

5.2) เพื่อประเมินถึงภาวะความดันในระบบไหลเวียนปอดสูง (pulmonary hypertension) ซึ่งจะเป็นปัจจัยในการพยากรณ์การดำเนินโรค และความเสี่ยงในการผ่าตัดรักษาที่ไม่สามารถประเมินได้จากการตรวจด้วยวิธี echocardiography

#### การรักษาโรคโดยการผ่าตัด

1) Closed Mitral Valvulotomy/commissurotomy (CMV) เป็นการผ่าตัดที่ไม่ใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม (heart lung machine) วิธีนี้เป็นการรักษาที่ทำมานานแล้วโดยใช้นิ้วมือหรือเครื่องถ่างขยายเข้าไปถ่างลิ้นไมทรัลให้กว้างขึ้น ในปัจจุบันวิธีนี้ทำน้อยลงเนื่องจากมีวิธีขยายลิ้น โดยไม่ต้องผ่าตัดด้วยการใช้สายบอลลูนโดยกระทำผ่านหลอดเลือดบริเวณต้นขาที่ เรียกว่า Percutaneous Transvenous Mitral Commissurotomy (PTMC) อย่างไรก็ตามวิธีนี้ต้องเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะลิ้นเหมาะสมจึงจะทำให้ได้รับผลที่ดี ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่มีก้อนเลือดในห้องหัวใจห้องบน (Left atrial clot) ลิ้นหัวใจไม่หนามาก ไม่มีหินปูนมาก (calcification) และไม่มีเนื้อเยื่อหนาตัวใต้ลิ้น (subvalvular thickening) โดยใช้ echocardiography ในการประเมินสภาพลิ้นหัวใจ ดังนั้นความสำเร็จจากการทำ PTMC จึงขึ้นอยู่กับประเมินดังกล่าวผลการผ่าตัดทำ CMV โดยทั่วไปได้ผลดีสามารถอยู่ได้นานถึง 10-15 ปีจึงจะเริ่มมีลิ้นหัวใจกลับมาตีบ และต้องทำการผ่าตัดอีกครั้ง

2) Mitral valve repair ซึ่งเรียกกันว่า Open Mitral Valvulotomy/Commissurotomy (OMV) เลือกทำในผู้ป่วยที่ลิ้นหัวใจยังไม่หนาตัวมาก, ไม่มีหินปูนมาก ต่างจากวิธี CMV วิธีการ คือ ต้องใช้ Heart lung machine ขณะทำการผ่าตัด เพื่อให้หัวใจหยุดเต้นแล้วจึงทำการแก้ไขซ่อมลิ้น เช่น commissurotomy หรือ

ทำ fenestration ของ fused chordae ร่วมกับการใส่ valve Ring ในรายที่จำเป็นซึ่งส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ใช้ การผ่าตัดทำ OMV ทำให้ลิ้นหัวใจอยู่ได้นานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไปเช่นเดียวกับวิธี CMV

3) Mitral valve replacement ได้แก่ การเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ไม่สามารถจะซ่อมได้คือตัดเอาลิ้นออก โดยอาจจะเก็บบางส่วนของลิ้นที่มี chordactendineae ไว้ได้

ลิ้นหัวใจที่เปลี่ยนแบ่งได้ 2 แบบ

3.1 Mechanical valve เป็นลิ้นที่ทำจากโลหะในปัจจุบันนี้มี 3 แบบ คือ

- Caged ball valve เช่น Starr Edward Valve
- Tilting disc valve หรือ monoleaflet เช่น Hall Metronic valve
- Bileaflet มีลิ้นหัวใจ 2 บาน เช่น St.Jude medical valve, Sorin, Mira,

Carbomedic , On.X เป็นต้น ปัจจุบันลิ้นชนิด Bileaflet มากเป็นที่นิยมมากที่สุด

3.2 Bioprosthetic valve ลิ้นที่ทำจากเนื้อเยื่อที่นิยมใช้กันมาก Porcine (stent) valve ทำจากลิ้นหัวใจหมู

การเลือกใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดไหนขึ้นอยู่กับผู้ป่วยโดยทั่วไปถ้าผู้ป่วยอายุน้อยจะใช้ mechanical valve เพราะอยู่นานกว่า แต่ถ้าผู้ป่วยอายุมาก เช่น มากกว่า 65 ปี นิยมใช้ bioprosthetic valve ซึ่งมีข้อดีที่ไม่ต้องรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของลิ้มเลือด (anticoagulant) เช่น warfarin ตลอดชีวิตและอยู่ได้นานประมาณ 15 ปี สำหรับผู้ป่วยที่เปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องได้รับ warfarin โดยควบคุมค่า Prothrombin time (PT) ให้อยู่ประมาณ 1.5-2 เท่าหรือค่า INR 2-2.5 เท่า (ชาวตะวันตกจะให้ 2.5-3.5 เท่า) หากให้มากจะเกิดปัญหาเลือด ออกผิดปกติ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ

เตรียมข้อมูลการวินิจฉัยต่างๆของผู้ป่วยให้พร้อม เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาโดยการผ่าตัด เช่น Coronary Angiogram เพื่อดู Anatomy ของ Coronary Artery และ บริเวณที่ตีบ การทำ Stress Testing เพื่อตรวจสอบกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่มี Ischemia, การตรวจ Nuclear Scan เพื่อดูส่วนของ Myocardium ที่ยังทำงานอยู่และการตรวจ Echocardiography เพื่อดูการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลิ้นหัวใจและ Ventricular Function

นอกจากนี้การตรวจร่างกาย จะเน้นระบบหัวใจและหลอดเลือดและซักประวัติ เพื่อได้ทราบข้อมูลการรักษาต่อเนื่องตลอดจนโรคร่วมต่างๆ การตรวจ Chest X-ray ช่วยให้เห็นพยาธิคุณเรื่อง Aortic Calcification ขนาดของหัวใจและความผิดปกติของปอด, การตรวจ ECG เพื่อดูเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนผ่าตัด ในเรื่องอัตราการเต้นของหัวใจ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สำหรับการตรวจทางห้องทดลองต่างๆ เช่น CBC, Electrolyte, prothrombintime, partial Thromboplastin Time, BUN, Creatinine, Typing and Cross matching ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นตัวบอกได้ถึงสภาวะของโรคความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด หรือ หลังผ่าตัดได้

สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดลิ้นหัวใจ การตรวจและรักษาฟันก่อนผ่าตัด เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดการ ติดเชื้อของ Prosthetic Valve Endocarditis

ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Antiplatelet, Aspirin, Clopidogrel, Non-Steroid Anti-Inflammatory Agents ให้ งดก่อนผ่าตัด 7-10 วัน

ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ปกติ 3-5 วัน ก่อนผ่าตัด แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอาจต้องให้ Heparin Intravenous 1-2 วัน ก่อนผ่าตัดและหยุดยาก่อนผ่าตัด 12 ชั่วโมง

การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพและการบันทึกที่สมบูรณ์จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น การประเมินสภาพร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว เพื่อการวางแผนในการดูแลหลังผ่าตัด นอกจากนี้สถานะภาพทางด้านสังคม การช่วยเหลือของครอบครัวหรือชุมชน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว สถานะทางเศรษฐกิจเป็นอย่างไรในการต้องกลับมาพบแพทย์ที่ โรงพยาบาลอีก 1-2 ครั้งก่อนที่จะส่งตัวกลับไปรักษาต่อเนื่องใกล้บ้าน

#### การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

การพยาบาลหลังผ่าตัดนี้เป็นการพยาบาลต่อเนื่องจากหอผู้ป่วยหนัก ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาถึงหอผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอย่างรวดเร็วเพื่อให้ทราบสถานะผู้ป่วยในขณะนั้น รวมทั้งการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การติดตามประเมินค่าสัญญาณชีพต่างๆอย่างต่อเนื่อง ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ECG Monitoring, วัดความดันทาง Arterial Line, Pulse Oximetry, Central Venous Blood Pressure, การวัดอุณหภูมิร่างกาย รวมทั้งการตรวจปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมงเป็นต้น ตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด

1) อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะแรกๆ คือ

1.1) Bradycardia, Junctional Rhythm, Heart Block หลังผ่าตัดอาจเกิดขึ้นได้ชั่วคราวจากการผ่าตัดลิ้นหัวใจ เนื่องจากมีการบวมหรือเกิดการบาดเจ็บบริเวณที่เย็บซึ่งอยู่ใกล้กับ Conduction System รักษาโดยใช้ pacemaker rate 70-100 ครั้ง/ นาที

1.2) Post Operative Hypertension สืบเนื่องจากความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัดอยู่แล้ว หรือเกิดจากการเพิ่มแรงต้านในหลอดเลือด การหลั่ง Endogenous catecholamine และระดับ Renin รักษาด้วย Nitrate หรือ Sodium Nitroprusside

1.3) Hypotension เกิดขึ้นระยะ 12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเนื่องจากร่างกายผู้ป่วยเริ่มอุ่นขึ้น Systemic Vascular Resistance ลดลงสู่ระดับปกติ

1.4) Hypovolemia การที่ความดันใน Left or Right Atrial or Pulmonary Artery Wedge Pressure ต่ำกว่า 8-10 mmHg อาจเกิดจากการได้รับ Diuretic ที่ให้ก่อน off CPB ในการรักษาเพื่อเพิ่ม Volume จะให้เป็น Crystalloid or Colloid และถ้า Hemoglobin ต่ำกว่า 8 g/dl จะให้เป็น Pack Red Blood Cell or Whole Blood Cell ส่วนหนึ่งที่ทำให้ Hemoglobin ต่ำเกิดจากการเสียเลือดจากสายระบายทรวงอก การให้เลือดส่วนมาก จะให้ใน 4-12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องขาด Volume ก็จะเป็น Normal Saline หรือ Water สำหรับ Potassium Replacement ก็มีความจำเป็นเช่นกัน มีผลสืบเนื่องจากการให้ Diuretic ทำให้ระดับ Potassium ลดต่ำลง

1.5) Prophylactic Antibiotic 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผล

2) ประเด็นการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด

2.1) กิจกรรมที่สามารถทำได้เมื่อแรกกลับไปอยู่บ้านให้ทำกิจกรรมเท่ากับขณะอยู่ในโรงพยาบาลและรักษาระดับกิจกรรมที่ทำนี้ไปอีก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมตามความเหมาะสม และตามความสามารถของตนเอง หลีกเลี่ยงการยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม และการแบะหน้าอกในช่วงที่รอการ

## ติดของกระดูกหน้าอก

2.2) โปรแกรมการฟื้นฟูร่างกาย สัปดาห์แรก เดินที่ราบ วันละ 5-10 นาที ด้วยความเร็วปกติวันละ 2-3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2-3 เดินที่ราบ วันละ 10-15 นาที ด้วยความเร็วปกติ วันละ 2-3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 4 เดินที่ราบ วันละ 20-30 นาที ด้วยความเร็วปกติ วันละ 1 ครั้ง การออกกำลังกาย เริ่มเดินช้าๆ ค่อยๆ เพิ่มระยะทางและเดินให้เร็วขึ้น ควรทำอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้หลอดเลือด กล้ามเนื้อแข็งแรง ลดระดับคลอเรสเตอรอล

2.3) กิจกรรมทางเพศ สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกพร้อมให้หลีกเลี่ยงท่าที่กระทบกระเทือนกระดูกหน้าอก โดยทั่วไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ หลังผ่าตัดหรือเมื่อร่างกายมีความโดยการทดสอบขึ้นบันได 2 ชั้น ติดต่อกันหากไม่มีอาการเหนื่อยก็ถือว่าร่างกายมีความพร้อม

### 2.4) การดูแลแผลผ่าตัด

- ให้คำแนะนำให้ไปทำความสะอาดแผลที่สถานพยาบาลที่สะดวกที่สุด ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง และหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลเปียกน้ำ ภายหลังตัดไหม 2-3 วัน เปิดผ้าปิดแผลออก ถ้าแผลแห้งดีให้อาบน้ำได้ และซับบริเวณแผลให้แห้ง

- สังเกตความผิดปกติของแผลผ่าตัด เช่น อาการเจ็บตึงแผลเพิ่มขึ้น แผลบวม แดง ร้อน มีเลือดหรือหนองออกจากแผล หากพบอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์

2.5) อาหารรับประทานอาหารย่อยง่ายคุณค่าอาหารสูง งดอาหารเค็มจัด เผ็ดจัด อาหารไขมัน การชั่งน้ำหนัก บันทึกน้ำหนักทุกวันในเวลาตรงกันและก่อนรับประทานอาหาร ถ้าพบว่าน้ำหนัก มากกว่า 1 กิโลกรัม มีอาการบวมขึ้นภายในวันเดียวกันรีบมาพบแพทย์

### 2.6) การพักผ่อน

### 2.7) การรับประทานยาต่างๆ และผลแทรกซ้อนของยา

### 2.8) การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆหลังผ่าตัด

### 2.9) การมาพบแพทย์ ตามนัด

### 2.10) อาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์

- ใจสั่น มึนงง เป็นลม เหงื่อออกมากกว่าปกติ
- คลำชีพจร พบจังหวะเปลี่ยนไป ไม่สม่ำเสมอ
- เจ็บปวดที่แผลหน้าอกมากขึ้น เจ็บหน้าอกเจ็บร้าวไปที่ไหล่แขน คอ
- ผู้ป่วยที่เปลี่ยนลิ้นหัวใจและต้องรับประทานยา เช่น Wafarin ซึ่งเป็นยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด แต่จะต้องระวังเรื่องการมีเลือดออกง่าย หากพบว่ามีเลือดออกง่าย หายยาก อุจจาระมีสีดำ ปัสสาวะมีสีแดง มีรอยจ้ำเลือดตามผิวหนัง ประจำเดือนมานานและมากกว่าปกติควรรีบมาพบแพทย์ทันที

## 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

โรคลิ้นหัวใจไมทรัลรั่วเป็นอีกโรคหนึ่งที่เป็นภัยเงียบ โรคจะไม่แสดงอาการในระยะเริ่มแรก แต่จะเริ่มแสดงอาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายได้ตั้งแต่เนิ่นๆ โรคลิ้นหัวใจไมทรัลรั่ว เมื่อเกิดแล้วจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือรบกวนชีวิตประจำวันของคุณๆ นั้น โรคลิ้นหัวใจไมทรัลรั่วจะแสดงอาการรุนแรงเมื่ออายุประมาณ 40-50 ปีขึ้นไป จนทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยและอ่อนเพลียมากขึ้น

เกือบๆ จะทุกการเคลื่อนไหว ซึ่งบางรายก็อาจเสียชีวิตได้ เนื่องจากการทำงานของหัวใจล้มเหลว บางรายที่เป็นมากอาจเสียชีวิตเนื่องจากการทำงานของหัวใจล้มเหลว โรคของลิ้นหัวใจเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ในปัจจุบันโรคนี้นักเกิดจากความเสื่อมสภาพของลิ้นหัวใจ ยิ่งผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นเท่าไรอุบัติการณ์ของโรคลิ้นหัวใจรั่วก็จะสูงขึ้นเท่านั้น ซึ่งระบบ Mortality rate ประมาณ 80-90% และนอกจากนี้ยังถือเป็นภัยเงียบ คือร้อยละ 20 ไม่เคยทราบมาก่อนว่าเป็นโรคนี ส่วนมากพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 10 เท่า ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคนี ได้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีประวัติการสูบบุหรี่และมีไขมันในเส้นเลือดสูงป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับช่องปากและลำคอบ่อยครั้ง โดยสถิติแล้วเมื่อผู้ป่วยมีภาวะโรคลิ้นหัวใจรั่วจะมีสภาวะหัวใจล้มเหลวและจะมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 2 ปี สูงถึง 50% หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที

ด้านการรักษาแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ 1. การรักษาแบบประคับประคอง เป็นการรักษาทางยา ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการทางคลินิก เช่น ผู้ป่วยลิ้นหัวใจไมทรัลรั่วจากการอักเสบของไขว้รูทมาติคจะใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และให้จำกัดกิจกรรม โดยทั่วไปผู้ป่วยลิ้นหัวใจไมทรัลรั่ว จำเป็นต้องป้องกันการเกิดเยื่อหัวใจอักเสบอีกด้วยด้วยยาปฏิชีวนะ ผู้ที่มีอาการเล็กน้อยปานกลางจะใช้ยาดิจิตาลิส ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด (ยากลุ่มไนเตรท หรือยากลุ่ม ACE-I) และจำเป็นต้องจำกัดเกลือเพื่อแก้ไขภาวะหัวใจล้มเหลว 2. การรักษาโดยการผ่าตัด 2.1 การผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจ (Mitral valve repair) 2.2 การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Mitral Valve replacement) พยาบาลจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยที่พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้ทักษะวิชาชีพการพยาบาลคือ สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ปรับปรุงประยุกต์การพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับปัญหา และสามารถให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัล (mitral valve replacement) โดยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งค่าใช้จ่ายหลังการผ่าตัด เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

4.2.2 รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

4.2.3 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีและแผนการรักษาของแพทย์

4.2.4 ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อInternet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ที่มีความชำนาญ และแพทย์ผู้รักษา

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

4.2.7 สรุปการปฏิบัติการพยาบาล

4.2.8 รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี

4.2.9 เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

#### 4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามตัวหลังจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง

4.3.2 มีเอกสารคู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่าย

4.3.3 ไม่พบอัตราการ Re-admit ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสลับที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากการปฏิบัติตามตัวหลังจำหน่าย ภายใน 28 วัน

#### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานกระบวนการหลักในการทำงานของทีมดูแลรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น โดยได้ทำการศึกษาผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ ทำไร่นา

ภูมิลำเนา ตำบลเขาวง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยแรกรับ Severe rheumatic MR (Mitral regurgitation)

การผ่าตัด (29 สิงหาคม 2564) Mitral valve replacement (MVR) mechanical no.27

การวินิจฉัยโรคหลังการผ่าตัด Severe rheumatic MR (Mitral regurgitation)

การแพทย์ ปฏิเสธการแพทย์และอาหาร

สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรทองยกเว้นค่าธรรมเนียม

จำหน่ายวันที่ 5 กันยายน 2564

สภาพทั่วไป พัฒนาการปกติสมวัย ส่วนสูง 169 เซนติเมตร น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index (BMI)) = 18.21 น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ วันที่รับไว้ในความดูแล 28 สิงหาคม 2564 วันที่เข้ารับการรักษา 28 สิงหาคม 2564 และวันที่เข้ารับการผ่าตัด 29 สิงหาคม 2564

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล มาตรวจตามนัด เพื่อผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหอบเหนื่อย หมดสดี ไปโรงพยาบาลเทวา ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหัวใจ และได้ส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการทำ Echocardiography (วันที่ 16 เมษายน 2564) พบ Flail PML with Very Severe MR Good LV systolic function EF = 77 % รักษาด้วยยาและมา F/U ตามนัดเป็นประจำ วันนี้ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว บุคคลอื่นในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง

ข้อมูลการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 28 สิงหาคม 2564 โดยมาตรวจตามนัดเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพราะมีอาการหอบเหนื่อย หมดสดี ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหัวใจจึงส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นตรวจพบว่าเป็นโรคหัวใจรูห์มาติก ทำ Echocardiography (วันที่ 16 เมษายน 2564) พบ Flail PML with Very Severe MR Good LV systolic

function EF = 77 % จึงวินิจฉัยโรคเป็น Severe rheumatic MR (Mitral regurgitation) ได้รับการผ่าตัด วันที่ 29 สิงหาคม 2564 Mitral valve replacement (MVR) mechanical no.27 หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยได้รับการพักรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกผู้ป่วยหายใจหลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมแรงดัน ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ดูแลให้ได้รับยา inotrope ได้แก่ Cordarone 300 mg IV drip in 6 hr. (Hold if HR < 70 bpm), Dobutamine IV drip 1-10 µg/kg/min, NTG IV drip 1-10 µg/kg/min ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DNSS/2 1,000ml Add Vit.C+B.Co IV drip 60 ml/hr. และมีการติดตามผล ABG, Hct, DTX ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการใส่สายระบายทั้งหมด 3 สาย คือ mediastinal drain, pericardial drain, Intercostal drainage ผลดีไม่มี Active bleeding ต่อมาผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีอาการ หอบเหนื่อย และมีการประเมินค่าการอิ่มตัวของ ออกซิเจน O<sub>2</sub> sat เท่ากับ 99 % และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผล ABG pH 7.43, pO<sub>2</sub> 45, HCO<sub>3</sub> 32, BE 7.7 แพทย์จึงพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ ในวันที่ 29 สิงหาคม 2564 เวลา 19.30 น. หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยได้ใส่ O<sub>2</sub> mask with bag 10 LPM ผู้ป่วยไม่มีอาการ Chest pain สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ EKG Show normal sinus rhythm 68-80 ครั้ง/นาที จึงพิจารณาหยุดยา inotrope และได้ถอดสายระบายทั้ง 3 สาย คือ mediastinal drain, pericardial drain, Intercostal drainage ในวันที่ 1 กันยายน 2564 เวลา 6.00 น. ผลดีไม่มี Active bleeding Hct ปลายนิ้วเท่ากับ 40 vol% ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง ตามความต้องการของร่างกาย แพทย์พิจารณาหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำผู้ป่วยมีอาการคงที่ แพทย์จึงพิจารณาย้ายผู้ป่วยมาหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ในวันที่ 1 กันยายน 2564 เวลา 14.50 น. วันที่ 5 กันยายน 2564 แพทย์พิจารณาวางแผนจำหน่าย แนะนำการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยเฉพาะยา Warfarin แนะนำให้สังเกตอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และแนะนำการดูแลแผลผ่าตัดหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

#### สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขณะรับไว้ในความดูแล

1. ระบบหายใจ ผู้ป่วยหายใจ O<sub>2</sub> cannular 3-5 LPM, RR 18-20 ครั้งต่อนาที, ไอขับเสมหะได้เองได้น้อย O<sub>2</sub> sat 98-100% ไม่มี Cyanosis และไม่พบ sign hypoxia วันที่ 2 กันยายน 2564 ผู้ป่วยหายใจดีขึ้น หายใจ Room air, RR 18-20 ครั้งต่อนาที ไอขับเสมหะได้เองดี O<sub>2</sub> sat 99-100% ไม่มี Cyanosis และไม่พบ sign hypoxia
2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้สึกดี ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น EKG show normal sinus rhythm rate 62-98 Beat/minute, Blood pressure SBP อยู่ระหว่าง 93-121 mmHg DBP อยู่ระหว่าง 68-87 mmHg and Urine ออกดี negative 50-100 ml/day
3. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ไม่มีภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด แผล Sternotomy ไม่มีเลือดซึม Off drain 2 สาย Hct. 40 vol% และผล INR 2.99
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ไม่มีอาการของการติดเชื้อ แผลไม่มีเลือดซึม ไม่มีอีกเสบวมแดง ไม่มีไข้ และยังคงต้องสังเกตอาการต่อ
5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผู้ป่วยยังคงมีปวดแผลผ่าตัด ค่ะ แน่นความปวด 1-2 ค่ะ แน่นจะปวดมากเวลาทำกิจวัตรประจำวัน ยังต้องสังเกตอาการและให้ยาลดปวดต่อ
6. ความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติยังวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเล็กน้อย
7. พร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยเริ่มมีความมั่นใจมากขึ้น เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อกลับบ้าน

## 6.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1 ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- 6.2 เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมทรัลตีบที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- 6.3 ใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมทรัลตีบที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

## 7.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมทรัลรั่ว (Mitral valve regurgitation) ผู้ป่วยมาด้วยอาการหอบเหนื่อยหมดสติ เหนื่อยเร็วขึ้น อยู่เฉยๆก็เหนื่อย ตรวจร่างกายพบว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจไมทรัลรั่วอย่างรุนแรง (Severe Rheumatic Mitral valve regurgitation) และ Left ventricular ejection fraction (LVEF) = 77 % Function Class III (ระดับที่ 3 ผู้ป่วยทำงานเพียงเล็กน้อยก็เหนื่อย) จึงได้เข้ารับการรักษาดังกล่าวด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบเปิดคือ Mitral Valve Replacement (MVR) ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ (Mechanical Valve) ซึ่งการผ่าตัดครั้งนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาดังกล่าวด้วยวิธีการผ่าตัดตามกระบวนการทางการแพทย์จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาและการดูแลจากทีมแพทย์ที่มียุทธศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างใกล้ชิดรวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยพร้อมใช้งานอีกทั้งยังจำเป็นต้องมีการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา รวมทั้งการให้กิจกรรมทางการแพทย์ที่ได้คุณภาพมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกันนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

## 8.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 กระบวนการทำงานของระบบต่างๆของร่างกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษและต่อเนื่อง

8.2 ความยากในการค้นหาและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และคำแนะนำการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากต้องนำหลักการพยาบาลที่เป็นภาษาทางการแพทย์ที่เข้าใจยากในการจำหน่ายผู้ป่วย

## 9. ข้อเสนอแนะ

ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลรวมถึงสถานที่ที่ให้การรักษาพยาบาล ความทันสมัยของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษา เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตรอดจากสภาวะความเจ็บป่วยซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และพยาบาลเป็นอีกหนึ่งในสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง โดยยึดหลักการตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) อีกทั้งยังมีการประเมินสุขภาพ ตรวจร่างกายตามแบบฉบับกิจกรรมทางการแพทย์ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล การสังเกตเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ อาการและการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดรวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติหลังรับประทานยา และการติดตาม



ผลการรักษา เป็นต้น และอีกสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยคือ ความวิตกกังวล ในเรื่องของการเสียชีวิต ความวิตกกังวลนี้สามารถส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและร่างกายได้โดยตรง ดังนั้น ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยประเภทรนี้จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญชำนาญเป็นพิเศษ สามารถให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและลดความกลัว ความวิตกกังวล อีกทั้งยังให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญกับความเจ็บป่วย สามารถ ดำรงตนมีชีวิตที่เป็นสุขอยู่กับครอบครัว และสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

10. การเผยแพร่ผลงาน

- ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางนุจารีย์ เนียมชมภู ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สัดส่วนความรับผิดชอบคิดเป็น 100% ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... นวรัตน์ หนึ่งอมระภา .....  
(นาง นวรัตน์ หนึ่งอมระภา .....)  
(ตำแหน่ง) ..... พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ .....  
(วันที่) ..... 6 / 5-11 / 65

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
(นางพนินรุจ จอมเพชร .....)  
(ตำแหน่ง) ..... ศึกษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล .....  
(วันที่) ..... / ..... / .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ .....)  
(ตำแหน่ง) ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น .....  
(วันที่) ..... 26 พ.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

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

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

### ส่วนที่ 3 แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ

#### 2. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกจะมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่บริเวณกระดูกสันอกหรือกระดูกซี่โครงทำให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมาก ซึ่งส่งผลให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพได้ ปอดขยายตัวไม่ดี ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจเกือบทุกรายจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งถ้าผู้ป่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ ผลจากการใส่ท่อช่วยหายใจนานหลายวันมีโอกาสดเกิดภาวะปอดอักเสบ(Pneumonia) ได้ นอกจากนี้พบว่า การหายใจและการไอที่ไม่มีประสิทธิภาพจะเป็นสาเหตุทำให้เสมหะคั่งค้าง อยู่ในหลอดลม ส่งผลให้เกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) ถ้าภาวะปอดแฟบคงอยู่นานอาจมีโอกาสดเกิด การติดเชื้อของเนื้อปอดและแขนง หลอดลมส่งผลให้เกิดปอดอักเสบตามมาได้

เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัด การรักษาที่จะค่อนข้างยาก ใช้ระยะเวลานาน ผลที่ตามมานอกจากจะเพิ่มปัญหาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจแล้วยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ในเรื่องระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ การให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการฝึกหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจได้จากร้อยละ 30 เหลือเพียงร้อยละ 10 การป้องกันเป็นสิ่งที่ดีดีกว่าการรักษา ดังนั้นการทำงานเป็นทีม ความร่วมมือของบุคลากรและการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีกำลังใจ ได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ซึ่งจะมีผลต่อระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ลดน้อยลง ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ครอบครัวและวิชาชีพ

#### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยคือ การดูแลบุคคลในองค์กรรวมให้สามารถประกอบภารกิจในชีวิตประจำวันได้ มีความสุขสำเร็จด้วยสุขภาพกาย จิตสังคมและวิญญาณ อาจดำรงชีวิตได้ดีถึงแม้มีโรคซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ พยาบาลจะส่งเสริมสุขภาพคนดีให้ดำรงชีวิตได้เหมาะสมและดูแลรักษาฟื้นฟูให้ดำรงชีวิตได้ดีตามอัตรภาพภายใต้เงื่อนไขของการดูแล รักษาสุขภาพให้ร่างกายปฏิบัติภารกิจได้ไม่เหน็ดเหนื่อย โดยเฉพาะจิตใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มีเทคนิคที่ซับซ้อน และใช้เครื่องหัวใจปอดเทียมร่วมด้วย ทำให้ภายหลังการผ่าตัดจึงอาจมีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อนบางอย่างเกิดขึ้นได้ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองเนื่องจากมีความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด จึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลในการดูแล สอน สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองรวมทั้งปฏิบัติกิจวัตรได้ซึ่งถ้ามีการปฏิบัติตนที่ดีและถูกต้องตามคำแนะนำก็จะสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่ชี้แนะหนทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งมุ่งช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถ และความรับผิดชอบในการพึ่งพาตนเอง กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล จากการนำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถที่จะบ่งบอกถึงบทบาทอิสระของพยาบาลได้เป็นอย่างดีว่าพยาบาลจะต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญในการวินิจฉัยปัญหาได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง และแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตได้

#### 4.. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ และภาวะปอดแฟบ ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญของการฝึกหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ

#### 5.. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

จำนวนอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจกลับซ้ำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) ..... น.จ.รีวัธ เน้ธมธมภู  
( นทว.น.จ.รีวัธ เน้ธมธมภู )  
(ตำแหน่ง) ..... พยาบาลวิชาชีพ ชั้นปฏิบัติการ  
(วันที่) ..... 6 / ๖ - ๑ . / ๖๕  
ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ - เดือน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ (hydrocephalus) คือ ภาวะผิดปกติที่มีปริมาณของน้ำไขสันหลัง cerebrospinal fluid (CSF) ภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นผิดปกติ โดยส่วนใหญ่พบปริมาณน้ำไขสันหลังที่มากผิดปกติใน ventricle โดยรวมถึงการมีน้ำไขสันหลังคั่งใน intracranial subarachnoid space ส่งผลให้มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง (เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์และจรรย์ นฤมิตเลิศ, ๒๕๕๕) ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การสร้างน้ำไขสันหลังมากผิดปกติ การอุดตันของทางผ่านน้ำไขสันหลัง และการดูดซึมของน้ำไขสันหลังผิดปกติ ซึ่งส่วนใหญ่พบในเด็กเล็ก มักจะมีศีรษะโต มีหน้าผากโปนเด่นกว่าปกติ หนังศีรษะบางเป็นมัน และหลอดเลือดดำบริเวณหนังศีรษะมีขนาดใหญ่กว่าปกติ มีตาเหล่เข้าไปในและตาทั้งสองข้างมองลงล่างทำให้เห็นตาขาวเหนือตาดำมากกว่าปกติ (sunset eyes) หน้าผากกว้าง ร้องเสียงแหลม เลี้ยงไม่โต ซึม หรือชักได้

สำหรับการรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ โดยทั่วไปจะลดปริมาณการสร้างน้ำไขสันหลังโดยการให้ยา acetazolamide ในผู้ป่วยที่ไม่มีการอุดตันของทางผ่านน้ำไขสันหลัง การเจาะหลังเพื่อลดปริมาณน้ำไขสันหลัง การให้ยาขับปัสสาวะ การให้ยากันชักเพื่อป้องกันภาวะชัก การผ่าตัดแก้ไขสาเหตุ เช่น เอาเนื้องอกออก การผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองออกนอกร่างกาย (external ventricular drainage) การผ่าตัดเปลี่ยนน้ำทางเดินน้ำไขสันหลัง เช่น จากโพรงสมองลงช่องท้อง (ventriculo-peritoneal shunt: VP shunt) เป็นต้น ซึ่งการให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของทารกแรกเกิด โดยการประเมินการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เกี่ยวข้อง เช่น สัญญาณชีพที่ผิดปกติไป เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันที่ และทารกแรกเกิดมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงใช้ความรู้ทางวิชาการ ทฤษฎีทางกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน (Majorj Gordon) ซึ่งประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน ในการให้การพยาบาลแก่ทารกแรกเกิดรายนี้

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### กรณีศึกษา

ทารกแรกเกิดเพศชาย คลอดครบกำหนด ๓๘ สัปดาห์ และมีภาวะ ventriculomegaly ขณะอยู่ในครรภ์ น้ำหนักแรกคลอด ๓,๑๗๐ กรัม การประเมินสภาวะเด็กทารกแรกเกิด (apgar score) ๘,๙,๑๐ คะแนน รักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕ โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ (hydrocephalus) เนื่องจากมารดาได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ covid ๑๙ ผู้ป่วยจึงได้รับการแยกรักษาในห้องความดันลบและได้รับการตรวจหาเชื้อ covid ๑๙ ไม่พบเชื่อดังกล่าว เมื่อกักตัวครบจึงย้ายออกมารักษาที่ห้องปกติ โดยผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่า obstructive hydrocephalus ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด right frontal burr-hole to endoscopic third ventriculostomy (๒๕/๕/๖๕) ภายหลังการผ่าตัดเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตเป็นเวลา ๑ วัน ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ จึงย้ายกลับมารักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการการใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะชัก มีการประเมินทางระบบประสาทและการดูแลให้ยากันชักตามแผนการรักษา ซึ่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ไม่มีภาวะชัก โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาลของทีมนดูแลของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยเตรียมผู้ดูแลในการกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลต่อที่บ้าน มีความวิตกกังวลลดลง แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ๒๑ วัน

### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ (hydrocephalus) คือ ภาวะผิดปกติที่มีปริมาณของน้ำไขสันหลัง cerebrospinal fluid (CSF) ภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นผิดปกติ ทำให้เกิดการขยายออกของโพรงในสมอง (Cerebral ventricles) ที่ผิดปกติ ในทารกจะเห็นลักษณะที่ชัดเจนคือมีศีรษะที่ใหญ่เกินเกณฑ์ปกติและอาจพบว่ามีความดันในสมองเพิ่มมากขึ้น (Intracranial hypertension) ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองในส่วนต่าง ๆ รวมถึงส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโตของสมองด้วย อุบัติการณ์ในทารกแรกเกิดที่มีภาวะโพรงสมองคั่งน้ำมีประมาณ ๑:๑๐๐ คน ซึ่งภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การสร้างน้ำไขสันหลังมากผิดปกติ การอุดตันของทางผ่านน้ำไขสันหลัง และการดูดซึมของน้ำไขสันหลังผิดปกติ ซึ่งส่วนใหญ่พบในเด็กเล็ก มักจะมีศีรษะโต มีหน้าผากโปนเด่นกว่าปกติ หนังศีรษะบางเป็นมัน และหลอดเลือดดำบริเวณหนังศีรษะมีขนาดใหญ่กว่าปกติ มีตาเหล่เข้าในและตาทั้งสองข้างมองลงล่างทำให้เห็นตาขาวเหนือตาดำมากกว่าปกติ (sunset eyes) หน้าผากกว้าง ร้องเสียงแหลม เลี้ยงไม่โต ซึม หรือชักได้ สำหรับการรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ โดยทั่วไปจะลดปริมาณการสร้างน้ำไขสันหลังโดยการให้ยา acetazolamide ในผู้ป่วยที่ไม่มีการอุดตันของทางผ่านน้ำไขสันหลัง การเจาะหลังเพื่อลดปริมาณน้ำไขสันหลัง การให้ยาขับปัสสาวะ การให้ยากันชักเพื่อป้องกันภาวะชัก การผ่าตัดแก้ไขสาเหตุ เช่น เอาเนื้องอกออก การผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองออกนอกร่างกาย (external ventricular drainage) การผ่าตัดเปลี่ยนน้ำทางเดินน้ำไขสันหลัง

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

เช่น จากโพรงสมองลงช่องท้อง (ventriculo-peritoneal shunt: VP shunt) เป็นต้น ซึ่งในทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะภายหลังการรักษา มักจะมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น ศีรษะโต ตาเหล่เข้าไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้มีพัฒนาการล่าช้า มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว หรือมีความพิการตามมา เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ต้องดูแลรักษาเป็นระยะเวลานานและเป็นภาระการดูแลของครอบครัวส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว

ภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ (hydrocephalus) พบได้ทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก จากสถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามีทารกแรกเกิดที่เข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ จำนวน ๑,๓๗๖ ราย ๑,๐๕๖ ราย และ ๑,๐๙๖ ราย ตามลำดับ พบว่ามีทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะรับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๓ ราย และปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๒ ราย ถึงแม้จะมีจำนวนน้อย แต่ภาวะการเจ็บป่วยก็ส่งผลกระทบต่อรุนแรง โดยทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะจะมีความผิดปกติที่ระบบประสาท ส่งผลให้ทารกต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน อาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะชัก ความดันในกะโหลกศีรษะสูง บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือพิการตามมา นอกจากนี้ทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะจะมีพัฒนาการที่ล่าช้า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้บิดามารดาและครอบครัวเกิดความเครียดหรือวิตกกังวล ทารกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งทารกแรกเกิดกลุ่มนี้เมื่อได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนพ้นระยะวิกฤต ยังต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลอีกระยะหนึ่ง แพทย์จะอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านเมื่อทารกแรกเกิดมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงตามเกณฑ์จำหน่าย และผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลทารกแรกเกิดอย่างครอบคลุมและวางแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะดูแลทารกแรกเกิดต่อเนื่องที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ ซึ่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยการศึกษากรณีศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและนำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล พัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ เพื่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ๑ ราย ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด
๒. รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีและแผนการรักษาของแพทย์
๔. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อ internet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา
๕. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๖. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

๗. สรุปรายการปฏิบัติการพยาบาล

๘. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบ การปฏิบัติกับทฤษฎี

๙. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

๑๐. เผยแพร่ผลงาน

### เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ จำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้น

๕.๒.๒ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ ขณะกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น และพึงพอใจต่อการดูแลของทีมสุขภาพ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๒ เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะในรายอื่นๆ อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๖.๓ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานโดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ เป็นความผิดปกติที่พบได้ในทารกแรกเกิด ซึ่งการดูแลจะแตกต่างไปจากทารกที่มีสุขภาพดีตามปกติ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงหลายอย่าง เช่น อาจเกิดภาวะชัก มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงและมีความผิดปกติด้านพัฒนาการ ซึ่งกรณีศึกษาที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด ๑๙ เนื่องจากมารดาติดเชื้อขณะคลอด ทำให้ทารกแรกเกิดต้องได้รับการดูแลในห้องความดันลบเป็นระยะเวลา

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

๑๔ วัน ซึ่งส่งผลต่อการประเมินทางระบบประสาทและการดูแลในด้านต่างๆ เนื่องจากพยาบาลต้องสวมชุดป้องกันก่อนเข้าทำหัตถการทุกครั้ง นอกจากนี้การดูแลทารกแรกเกิดภายหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่สำคัญมากเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงและการป้องกันภาวะชัก เป็นต้น ซึ่งพยาบาลต้องสามารถประเมินอาการทางระบบประสาทได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว นอกจากนี้เมื่อทารกเหล่านี้ต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน มารดาต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลทารกที่บ้านต่อเนื่องจากทางโรงพยาบาล การดูแลทารกแรกเกิดก่อนที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ จึงเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับมารดา มารดาอาจรู้สึกเครียด วิตกกังวล และขาดความมั่นใจในการดูแลทารกได้ พยาบาลเองต้องมีส่วนร่วมในการให้การดูแลและให้คำปรึกษา รวมถึงการวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบ เพื่อให้มารดาสามารถกลับไปดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะได้ด้วยตนเอง รวมถึงเน้นย้ำถึงการมาตรวจตามนัดเพื่อให้ทารกได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ**

เนื่องจากกรณีศึกษามีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด ๑๙ จากมารดาติดเชื้อขณะคลอด ทำให้ทารกแรกเกิดต้องได้รับการแยกรักษาในห้องความดันลบเป็นระยะเวลา ๑๔ วัน ซึ่งส่งผลต่อการประเมินทางระบบประสาทและการดูแลในด้านต่างๆ การไม่ได้เฝ้าดูดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ต้องเฝ้าระวังผ่านจอมอนิเตอร์เนื่องจากพยาบาลต้องสวมชุดป้องกันก่อนเข้าทำหัตถการทุกครั้ง บางครั้งอาจให้การพยาบาลล่าช้าในบางหัตถการได้ นอกจากนี้ภายหลังทารกแรกเกิดพันระยะกักตัวและได้รับการผ่าตัด ventriculostomy พยาบาลต้องใช้ความรู้และความชำนาญในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการเตรียมมารดาในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลเองต้องมีส่วนร่วมในการให้การดูแลและให้คำปรึกษาและการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้มารดาสามารถกลับไปดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะได้ด้วยตนเอง

**๙. ข้อเสนอแนะ**

๙.๑ ทารกแรกเกิดรายนี้ควรได้รับการประสานงานกับหน่วยงานในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๙.๒ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในที่มสุขภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น การฝึกอบรมระยะสั้น การเผยแพร่งานวิจัย เพื่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยอย่างสูงสุด

๙.๓ นำกระบวนการพยาบาลและการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

**๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)**

ไม่มี



๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางศุภลักษณ์ กองสี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ศุภลักษณ์ กองสี .....

(นางศุภลักษณ์ กองสี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 25 / มกราคม / 2566 .....

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางศุภลักษณ์ กองสี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ศุภลักษณ์ กองสี

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) .....  .....

(นางพินรัฐ จอมเพชร)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล .....

(วันที่) ..... / ..... / .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  .....

(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น .....

(วันที่) 26 พ.ค. 2566 .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะโดยใช้รูปแบบ D-METHOD

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ (hydrocephalus) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมพบได้ทุกกลุ่มอายุทั้งเด็กและผู้ใหญ่ โดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ ๑-๑.๕ (เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์และจรรย์ นฤมิตเลิศ, ๒๕๕๕) ซึ่งเป็นภาวะผิดปกติที่มีปริมาณของน้ำไขสันหลัง cerebrospinal fluid (CSF) ภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นผิดปกติ โดยส่วนใหญ่พบปริมาณน้ำไขสันหลังที่มากผิดปกติใน ventricle โดยรวมถึงการมีน้ำไขสันหลังคั่งใน intracranial subarachnoid space ส่งผลให้มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การสร้างน้ำไขสันหลังมากผิดปกติ การอุดตันของทางผ่านน้ำไขสันหลัง และการดูดซึมของน้ำไขสันหลังผิดปกติ ซึ่งส่วนใหญ่พบในเด็กเล็ก มักจะมีศีรษะโต มีหน้าผากโปนเด่นกว่าปกติ หนังศีรษะบางเป็นมัน และหลอดเลือดดำบริเวณหนังศีรษะมีขนาดใหญ่กว่าปกติ มีตาเหล่เข้าในและตาทั้งสองข้างมองลงล่างทำให้เห็นตาขาวเหนือตาดำมากกว่าปกติ (sunset eyes) หน้าผากกว้าง ร้องเสียงแหลม เลี้ยงไม่โต ซึม หรือชักได้ สำหรับการรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ โดยทั่วไปจะลดปริมาณการสร้างน้ำไขสันหลังโดยการให้ยา acetazolamide ในผู้ป่วยที่ไม่มีการอุดตันของทางผ่านน้ำไขสันหลัง การเจาะหลังเพื่อลดปริมาณน้ำไขสันหลัง การให้ยาขับปัสสาวะ การให้ยากันชักเพื่อป้องกันภาวะชัก การผ่าตัดแก้ไขสาเหตุ เช่น เอาเนื้องอกออก การผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองออกนอกร่างกาย (external ventricular drainage) การผ่าตัดเปลี่ยนน้ำทางเดินน้ำไขสันหลัง เช่น จากโพรงสมองลงช่องท้อง (ventriculo-peritoneal shunt: VP shunt) เป็นต้น (ชนน งามสมบัติ, ๒๕๕๙)

การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากมีความผิดปกติที่ระบบประสาท ส่งผลให้ทารกต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน อาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะชัก ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ส่งผลให้ทารกพัฒนาการช้ากว่าทารกปกติ บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนหรือพิการตามมา และมีความผิดปกติด้านรูปลักษณ์ มีศีรษะโต ทำให้มารดาและครอบครัวเกิดความเครียดหรือวิตกกังวล ทารกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งทารกกลุ่มนี้เมื่อได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนพ้นระยะวิกฤตยังต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลอีกระยะหนึ่ง แพทย์จะอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านเมื่อทารกมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงตามเกณฑ์จำหน่าย และผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลทารกต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวางแผนจำหน่ายทารกมีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ ซึ่งต้องพัฒนาศักยภาพของมารดาและผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมให้มีความมั่นใจ มีความรู้ และทักษะ สามารถดูแลทารกได้ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายที่ดีโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยลดระยะเวลาวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะโดยใช้รูปแบบ D-METHOD เพื่อให้การดูแลทารกเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ (hydrocephalus) พบได้ทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก จากสถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามีทารกแรกเกิดที่เข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ จำนวน ๑,๓๗๖ ราย ๑,๐๕๖ ราย และ ๑,๐๙๖ ราย ตามลำดับ พบว่ามีทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๓ ราย และปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๒ ราย ถึงแม้จะมีจำนวนน้อย แต่ภาวะการเจ็บป่วยก็ส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะจะมีความผิดปกติที่ระบบประสาท ส่งผลให้ทารกต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน อาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะชัก ความดันในกะโหลกศีรษะสูง บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือพิการตามมา และมีความผิดปกติด้านรูปลักษณ์ มีศีรษะโต หน้าผากโปนเด่นกว่าปกติ หนังศีรษะบางเป็นมัน และหลอดเลือดดำบริเวณหนังศีรษะมีขนาดใหญ่กว่าปกติ มีตาเหล่เข้าในและตาทั้งสองข้างมองลงล่างทำให้เห็นตาดำมากกว่าปกติ (sunset eyes) หน้าผากกว้าง ทำให้มารดาและครอบครัวเกิดความเครียดหรือวิตกกังวล ทารกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งทารกกลุ่มนี้เมื่อได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนพ้นระยะวิกฤต ยังต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลอีกระยะหนึ่งแพทย์จะอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านเมื่อทารกมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงตามเกณฑ์จำหน่าย และผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลทารกต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวางแผนจำหน่ายทารกมีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ ซึ่งต้องพัฒนาศักยภาพของมารดาและผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมให้มีความมั่นใจ มีความรู้ และทักษะสามารถดูแลทารกได้ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายที่ดีโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีการนำหลัก D-METHOD มาใช้โดย D คือ Diagnosis พยาบาลจะให้ความรู้เรื่องภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ สาเหตุ อาการ และการดูแลทารกแรกเกิดที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน M คือ Medicine ให้ข้อมูลเรื่องยาอย่างละเอียด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนและข้อห้ามในการใช้ยา E คือ Environment แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด T คือ Treatment แนะนำมารดาสังเกตอาการที่พบบ่อย เช่น ไข้ ชิม ชัก เป็นต้น H คือ Health แนะนำการส่งเสริมพัฒนาการ เช่น การนวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ และ O คือ Out of patient การมาตรวจตามนัด ซึ่งทารกแรกเกิดมีนัดกับ neuro clinic หรือการขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในยามฉุกเฉิน และ D คือ Diet การให้นมตามเกณฑ์อายุที่เหมาะสม ซึ่งการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดระยะเวลาวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำได้

ดังนั้นผู้เสนอจึงขอเสนอแนวคิดทางการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะโดยใช้รูปแบบ D-METHOD เพื่อให้การดูแลทารกเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้รับการดูแลตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะโดยใช้รูปแบบ

D-METHOD ทุกราย

๔.๒ บุคลากรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดตระหนักถึงความสำคัญ และปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ได้อย่างถูกต้อง

๔.๓ คุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะดีขึ้นและสร้างความพึงพอใจให้ ผู้รับบริการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้รับการดูแลตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะโดยใช้รูปแบบ

D-METHOD ทุกราย ๑๐๐ %

๕.๒ บุคลากรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดตระหนักถึงความสำคัญ และปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ได้อย่างถูกต้อง ๑๐๐%

(ลงชื่อ) ..... ศุภลักษณ์ กอณลี .....

(นางศุภลักษณ์ กอณลี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ..... 26 / ..... มกราคม ..... / ..... ๖๕๖ .....

ผู้ขอประเมิน