ต้นฉบับ

ฉบับสมบูรณ์

ที่ประชุมมติ ครั้งที่ 5 / 2565 เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2565

ลงชื่อประธาน/กรรมการฯ .....

(นางสาวหวงพร ใช้ะบาง)

# คู่มือการปฏิบัติงาน

เรื่อง คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma)

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวภัทรนิษฐ์ แก้วกองทรัพย์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ 11232)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ 11232)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

# คู่มือการปฏิบัติงาน

เรื่อง คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma)

โดยวิธีปกติ


ของ

นางสาวภัทรนิษฐ์ แก้วกองทรัพย์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ 11232)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช


ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ 11232)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

# คำนำ

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาทที่ได้รับการผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่ายวิกฤตหรือหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้มีแนวทางในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยได้มาตรฐานตามหลักวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ลดอัตราการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปฟื้นฟูต่อได้เร็ว ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

ผู้จัดทำคู่มือฉบับนี้มีหน้าที่เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B ซึ่งเป็นหอผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตทางระบบประสาทที่ได้รับการผ่าตัดโดยเฉพาะ จึงได้เริ่มนำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) มาใช้ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2562

โอกาสนี้ ผู้จัดทำขอขอบคุณ ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือชี้แนะไม่ว่าจะเป็นอาจารย์แพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้กรุณาตรวจสอบ พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหามา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวภัทรนิษฐ์ แก้วกองทรัพย์

กุมภาพันธ์ 2562

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| **คำนำ** | ก |
| **สารบัญ** | ข |
| **สารบัญแผนภาพ** | ง |
| **บทที่ 1 บทนำ** | |
| ความเป็นมาและความสำคัญ | 1 |
| วัตถุประสงค์ | 2 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 2 |
| ขอบเขตของคู่มือปฏิบัติงาน | 2 |
| คำจำกัดความ | 2 |
| **บทที่ 2 โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ** | |
| บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง | 4 |
| ลักษณะงานที่ปฏิบัติ | 7 |
| โครงสร้างการบริหาร | 9 |
| **บทที่ 3 หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติงาน** | |
| หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน | 11 |
| วิธีการปฏิบัติงาน | 12 |
| เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการปฏิบัติงาน | 13 |
| แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน | 13 |
| **บทที่ 4 เทคนิคการปฏิบัติงาน** | |
| ขั้นตอนการปฏิบัติงาน | 15 |
| วิธีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน | 26 |
| จรรยาบรรณ คุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน | 27 |
| **บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะ** | |
| ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน | 29 |
| แนวทางแก้ไขและพัฒนา | 29 |
| ข้อเสนอแนะ | 29 |

# สารบัญ (ต่อ)


หน้า

**บรรณานุกรม** 30

**ภาคผนวก**

ภาคผนวก ก ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) 32

ภาคผนวก ข Neurological sign Record 41

ภาคผนวก ค แบบประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว 43

ภาคผนวก ง ใบตรวจร่างการทางระบบประสาท 47

ภาคผนวก จ แบบบันทึกการเตรียมผ่าตัด 50

ภาคผนวก ฉ แบบบันทึกยินยอมรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ 52

ภาคผนวก ช Intensive care Unit Report 54

ภาคผนวก ซ ใบวางแผนการจำหน่าย Discharge plan 56

ภาคผนวก ฌ หนังสือรับรองใช้คู่มือ 58

ภาคผนวก ญ ประวัติผู้เขียน 60

**ประวัติผู้เขียน**

# สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 โครงสร้างการบังคับบัญชาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 9

แผนภาพที่ 2 แผนภูมิโครงสร้างองค์กรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 10

# บทที่1
# บทนำ

**ความเป็นมาและความสำคัญ**

โรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) เป็นเนื้องอกชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นในชั้นเยื่อหุ้มสมองและเนื้อเยื่อหุ้มไขสันหลัง เป็นเนื้องอกชนิดที่เติบโตช้าและอาจใช้เวลาหลายปีกว่าผู้ป่วยจะมีอาการ จึงทำให้เป็นเนื้องอกที่ยากต่อการวินิจฉัย โดยเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองพบได้ทุกช่วงอายุ มักพบในช่วงอายุ 45-50 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.5-2 เท่า โรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) แตกต่างจากมะเร็งชนิดอื่น ๆ เนื่องจากเนื้องอกเกิดอยู่ภายในกระโหลกศีรษะที่มีพื้นที่จำกัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติของระบบประสาท พยาธิสภาพของโรคที่เกิดกับระบบประสาทจะส่งผลต่อการควบคุมการทำงานบกพร่อง เช่น การเคลื่อนไหวของแขนขาอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกตัวลดลง การมองเห็น การพูดผิดปกติ สภาพจิตใจและอารมณ์แปรปรวน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยด้อยสมรรถภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อประชากรวัยทำงาน ส่งผลให้เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยหากผู้ป่วยไม่เข้าถึงการรักษาบริการ อัตราการทุพพลภาพและเสียชีวิตก็จะสูงตามมา ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการคาดการณ์จะมีผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกสมองชนิด ปฐมภูมิรายใหม่ ประมาณ 69,720 ราย โดยเป็นเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรง จำนวน 24,620 ราย และชนิดไม่ร้ายแรงจำนวน 45,100 ราย และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากเนื้องอกสมองในปีนี้ ประมาณ 14,080 ราย (สถาบันประสาทวิทยา,2557)

การรักษาเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ในปัจจุบันทำได้หลายวิธีโดยเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดและเป็นที่นิยมคือการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกให้ได้มากที่สุดเพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำได้ในเนื้องอกสมองชนิดนี้ ส่วนที่ไม่สามารถผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกได้หมดหรือไม่สามารถผ่าตัดได้ จะมีวิธีการใช้รังสีร่วมพิกัด (stereotactic radiosurgery) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้เป็นอย่างดี เพราะภายหลังการผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและอาจเกิดความพิการตามมาได้

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทุกกลุ่มโรคทางระบบประสาท จากสถิติการรับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง พบว่า มีสถิติจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2560, 2561 และ2562 จำนวน 160, 121 และ 117ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิดเยื่อหุ้มสมอง ปีพ.ศ. 2560, 2561 และ2562 จำนวน 48,43 และ 38 ราย ตามลำดับ (หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B,2563) พบว่าภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) พบปัญหาที่ทำให้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure : IICP) และภาวะเลือดออก (Bleeding)

จากแผลผ่าตัดทำให้ระยะเวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติ ที่เป็นมาตรฐาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้บุคลากรพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma)

2. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. บุคลากรมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma)

2. ผู้ป่วยโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

3. ใช้ประกอบการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma)

**ขอบเขตของคู่มือปฏิบัติงาน**

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ใช้สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B และหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma)

**คำจำกัดความ**

1. โรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) คือ ภาวะที่มีก้อนเนื้องอกซึ่งมีเซลล์ที่ผิดปกติเกิดขึ้น บริเวณเยื่อบาง ๆ ที่ห่อหุ้มภายนอกของทุกส่วนของเนื้อสมองและไขสันหลัง ซึ่งเนื้องอกนี้เกิดจากเซลล์ในระบบประสาทแบ่งตัวผิดปกติเอง (Primary brain tumor) มีโอกาสเป็นซ้ำกลายเป็นมะเร็งได้ อาการและอาการแสดง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอกสมอง เนื้องอกชนิดนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าได้รับการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมด สำหรับรายที่ผ่าตัดออกบางส่วนอาจรักษาร่วมกับการฉายแสง

2. ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure : IICP) เป็นการเพิ่มขึ้นของแรงดันโดยรอบสมอง ที่ส่วนใหญ่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของสิ่งกินที่ในกะโหลกศีรษะ เช่นก้อนเนื้องอก หรือการเพิ่มของปริมาณของเหลวของน้ำหล่อสมอง และไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid) นอกจากนี้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure : IICP) ยังหมายความว่า เนื้อเยื่อสมองอาจมีอาการบวมจากการบาดเจ็บ หรือความเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure : IICP) ดังนี้

2.1 ปวดศีรษะ จากมีการดึงรั้งของผนังหลอดเลือดดำ เยื่อหุ้มสมองถูกดึงรั้งและมีการดึงรั้งของหลอดเลือดแดงบริเวณฐานสมอง หากไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยจะปวดศีรษะขึ้นเรื่อย ๆ

2.2 อาเจียน อาจจะมีอาเจียนพุ่ง (Projectile vomiting) โดยมีหรือไม่มีอาการคลื่นไส้นำมาก่อน

2.3 ขั้วประสาทตาบวม (Papilledema) ซึ่งการตรวจ Optic disc ต้องใช้ Ophthalmoscope ส่องดู หากขั้วประสาทตาบวมจะเห็นขอบขั้วประสาทตาไม่ชัดเจน ถ้าผู้ป่วยมีขั้วประสาทตาบวม แสดงว่ามีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงทุกราย

2.4 ประเมินซ้ำโดยใช้แบบประเมิน Glasgow coma scale ถ้าคะแนนประเมินต่ำกว่าเดิม 1-2 คะแนนให้รายงานแพทย์ทันที

2.5 สัญญาณชีพผิดปกติ สัญญาณชีพเป็นอาการแสดงที่สำคัญอย่างหนึ่งในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท โดยประเมินควบคู่ไปกับระดับความรู้สึกตัวและส่วนที่มีพยาธิสภาพของสมอง ผู้ป่วยจะมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง จะมีอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

2.5.1 ระยะที่ร่างกายชดเชยได้ (Compensate) เป็นระยะที่พบผู้ป่วยมีสัญญาณเริ่มต้นของความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Early signs of increased intracranial pressure) โดย systolic blood pressure จะสูงขึ้นและ diastolic blood pressure จะต่ำลงเล็กน้อยไม่ได้สัดส่วนกับ systolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้น แต่ อัตราการหายใจเริ่มเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ หากไม่รีบแก้ไขตั้งแต่ระยะที่ร่างกายชดเชยได้ อาการทางสมองจะเลวลงจนเข้าสู่ระยะที่ร่างกายชดเชยไม่ได้

2.5.2 ระยะที่ร่างการชดเชยไม่ได้ (decompensate) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความดันในกะโหลกศีรษะในช่วงตอนปลาย (Late signs of increased intracranial pressure) โดยสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงดังนี้ ความดันชีพจร (widened pulse pressure) หรือเรียกว่า Cushing's triad และสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการหายใจ การหายใจจะเร็วขึ้น บางรายอาจจะหยุดหายใจ อุณหภูมิร่างกายอาจสูงขึ้น ในระยะนี้แม้จะได้รับการแก้ไขผู้ป่วยจะไม่สามารถฟื้นคืนได้ (vegetative state) หรืออาจเสียชีวิตได้

# บทที่ 2
# โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ

**บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง**

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B มีบุคลากรปฏิบัติงาน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 27 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน พนักงานทั่วไป 4 คน

**หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B** มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. วางแผนการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติการพยาบาลให้คำปรึกษาและประเมินผลการพยาบาลพร้อมทั้งบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

2. เป็นที่ปรึกษาให้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพ กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ที่ต้องการความชำนาญหรือความสามารถพิเศษ

3. สนับสนุนและประยุกต์วิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพเหมาะสม ทันสมัยต่อความก้าวหน้าทางการแพทย์และการพยาบาล

4. นิเทศงานการพยาบาลแก่พยาบาลใหม่ พร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติงาน

5. มีส่วนร่วมและส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

6. เข้าร่วมประชุม อบรม เพื่อให้ได้รับความรู้ และวิทยาการใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

7. ดำเนินงานเกี่ยวกับการบริหารบุคลากร ได้แก่ แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล เจ้าหน้าที่ธุรการ และพนักงานทั่วไป เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ

8. ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบริหารที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

**พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B** มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทุกกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาล รวมถึงผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและไขสันหลัง โดยเฉพาะผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางระบบประสาท เช่นโรคเนื้องอกสมอง โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจรวมถึงที่ต้องทำหัตถการได้แก่ การใส่สายระบายน้ำไขสันหลังเข้าในโพรงสมอง (External ventricular drainage catheter :EDV), การเจาะหลัง (Lumbar puncture), Continuous Renal Replacement Therapy :CRRT), therapeutic hypothermia รวมทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตเพื่อไปตรวจวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์ หรือส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุมากกว่า 1 ปีขึ้นไป มีจำนวนเตียงทั้งหมด 10 เตียง

2. การประเมินผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (assessment)

2.1 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและประเมินปัญหา/ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแลจนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

2.2 รวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล/การพยาบาลที่กำหนดและข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

2.3 การประเมินปัญหา ความต้องการและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย จัดลำดับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตตั้งแต่แรกรับเข้าหอผู้ป่วยจนถึงจำหน่ายผู้ป่วย

2.4 กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่เมื่อมีข้อมูลบ่งชี้ว่าปัญหานั้น ๆ เปลี่ยนแปลงไปโดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหามากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณและจะปรับหรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ เมื่อมีข้อมูลบ่งชี้ว่าปัญหานั้น ๆเปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจนขึ้น

2.5 วางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยกำหนดแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคลให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับความสำคัญของปัญหาในระยะวิกฤต เช่น ปัญหาวิกฤตที่กำลังคุกคามชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะที่สำคัญที่อาจส่งผลความรุนแรงต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขลำดับแรก

2.6 แก้ไขปัญหาทางพยาธิสภาพของโรคในระยะวิกฤตและจัดการส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการรักษานั้นให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยตามขอบเขตของวิชาชีพจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งจัดการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.7 ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อติดตามความก้าวหน้าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยจะประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลทันทีและต่อเนื่อง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์ผลหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการไม่ก้าวหน้าขณะรับการรักษาพยาบาลและปรับปรุงแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับผลการปฏิบัติการพยาบาลพร้อมทั้งบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

3. การดูแลความปลอดภัย (provision for patient safety)

3.1 การจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี แสงและเสียงโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ ให้การดูแลตามแนวทางการคุ้มครองภาวะสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้หลัก standard precaution technique

เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment; PPE) การป้องกันอุบัติเหตุตกเตียง การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการบาดเจ็บจากการผูกยึด

3.2 การจัดการดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอพร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย

3.3 ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (prevention of complication) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าอาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ละรายหรือแต่ละกลุ่มโรค/อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่นการป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การป้องกันการพิการหรือการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะ การกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (aspirated pneumonia) การป้องกันความพิการหรือการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะ เช่น ปลายเท้าตก(foot drop)และกล้ามเนื้อลีบ รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

5. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลจากการประเมินในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อย้ายไปยังหอผู้ป่วยหรือจำหน่ายกลับบ้าน ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองหรือการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งค้นหาผู้ดูแลหรือบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ดูแลได้เข้าเยี่ยมและร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

6. ให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยจะประเมินการรับรู้ความเข้าใจและความคาดหวังเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลและสามารถตัดสินใจเลือกรับการรักษาก่อนลงนามยินยอมทุกครั้ง รวมทั้งปฐมนิเทศผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับสิทธิการใช้สถานที่สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เวลาเยี่ยมและเวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นกิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยจะได้รับระหว่างรักษา

7. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกิจกรรมการช่วยเหลือการสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การใช้ยา การปฏิบัติตนตามการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และ

การมาตรวจตามนัดทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ด้วย เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาลหรือก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น

8. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างมีระบบ อย่างถูกต้องครบถ้วนเพื่อเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาและเป็นเอกสารที่ใช้อ้างอิงทางกฎหมาย

9. เคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์เคารพในสิทธิและยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน ไม่แยกชนชั้น เชื้อชาติและศาสนา ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบโดยการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์แม้ในภาวะไม่รู้สึกตัวและปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างให้สมาชิกทีมการพยาบาล

10. สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (enhancement of patient satisfaction) กิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานของสัมพันธภาพ การสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูล และการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

**เจ้าหน้าที่ธุรการ** มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. ดูแลงานด้านเอกสาร จัดเตรียมเอกสารเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยรับใหม่ และรวบรวมรายงานเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย จัดเตรียมเพื่อให้แพทย์สรุปเวชระเบียน

2. ช่วยรับและส่งเอกสารไปยังหน่วยงานต่าง ๆ

3. ตรวจสอบเวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ ให้มีความเพียงพอต่อการใช้งาน

3. งานเอกสารการพิมพ์แบบฟอร์มต่าง ๆ การทำสำเนาหนังสือ เช่น ถ่ายเอกสาร อัดสำเนา

4. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

**พนักงานทั่วไป** มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้รับบริการขณะเข้าพักรักษาที่หน่วยงาน

2. ดูแลเข็นผู้ป่วยรถนั่ง/เปลนอน เมื่อต้องส่งไปหน่วยงานอื่น

3. รับยา พัสดุและเวชภัณฑ์ที่เบิกจากหน่วยงาน

4. ทำความสะอาดเตียง และสิ่งแวดล้อมข้างเตียง ทุกครั้งหลังใช้งาน

5. ทำความสะอาดอุปกรณ์การแพทย์ และส่งอบฆ่าเชื้อให้พร้อมใช้

6. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

**ลักษณะงานที่ปฏิบัติ**

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ทางระบบประสาทและไขสันหลังร่วมกับระบบอื่น ๆ มีจำนวนเตียง 10 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานทั้งหมด 27 คน โดยปฏิบัติการ

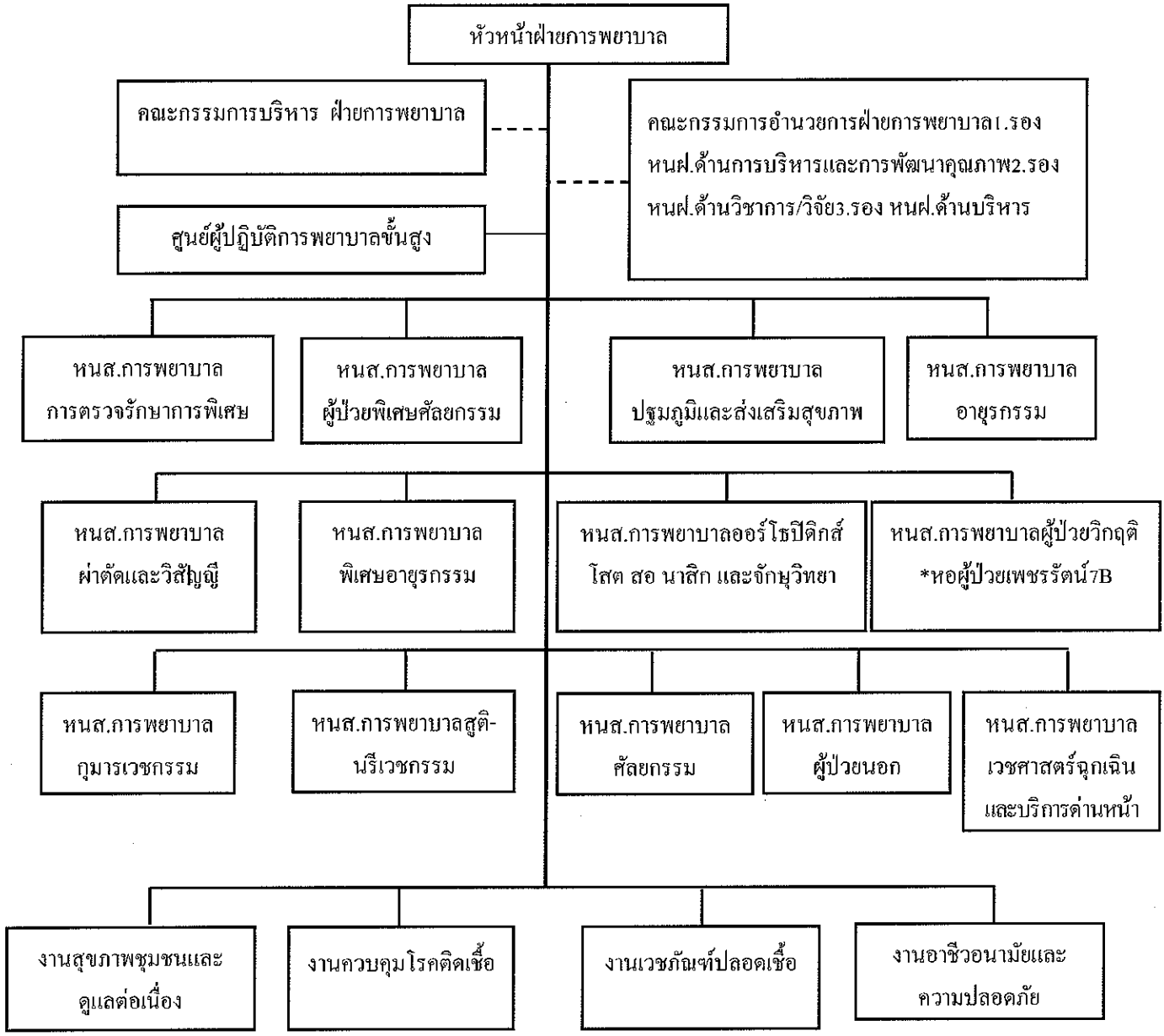
พยาบาลที่หมุนเวียนเวรละ 8 ชั่วโมง ตลอด 24 ชั่วโมง ดังนี้เวรเช้า (08.00น.-16.00น) มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน จำนวน 8คน เวรบ่าย (16.00น.-24.00น.) มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน จำนวน 7 คน เวรดึก (00.00น.-08.00น.) มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานจำนวน 7 คนและรับนโยบายจากหัวหน้าหอผู้ป่วย วางแผนทีมการพยาบาลกำหนดหน้าที่รับผิดชอบพร้อมทั้งประเมินผลการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการพยาบาลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

**โครงสร้างการบังคับบัญชาฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยบาล**

แผนภาพที่ 1 โครงสร้างการบังคับบัญชาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (2563)

**แผนภูมิโครงสร้างองค์กร ฝ่ายการพยาบาล**




แผนภาพที่ 2โครงสร้างองค์กร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (2563)

# บทที่ 3
# หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติงาน

## หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทุกกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาล รวมถึงผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและไขสันหลัง โดยเฉพาะผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางระบบประสาท เช่นโรคเนื้องอกสมอง โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ โดยรับผู้ป่วยจากตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั่วประเทศโดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีวิธีปฏิบัติงานดังนี้

1. หลักเกณฑ์การให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2562)

1.1 ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

1.2 ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้รับบริการ

1.3 ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัย มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.4 ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

1.5 ให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแล

1.6 มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2. การดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัย โดยใช้หลัก (SIMPLE) Patient and Personnel Safety Goals 2018 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

2.1 ผู้ป่วยปลอดภัย (Patient Safety Goals) มีดังนี้

2.1.1 กระบวนการผ่าตัดที่ปลอดภัย (Safe Surgery and Invasive Procedure)

2.1.2 การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ปลอดภัย (Infection Prevention and Control)

2.1.3 การให้ยาและให้เลือดที่ปลอดภัย (Medication and Blood Safety)

2.1.4 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย (Patient care process)

2.1.5 การดูแลสายและส่งตรวจที่ปลอดภัย (Line tubing & catheter and laboratory)

2.1.6 การตอบสนองภาวะฉุกเฉินที่พร้อมและปลอดภัย (Emergency response)

2.2 บุคลากรปลอดภัย (personal safety) มีดังนี้

2.2.1 ข้อมูลและการสื่อสารที่ปลอดภัย ( security and privacy of information and social media )

2.2.2 การป้องกันบุคลากรติดเชื้อที่ปลอดภัย (infection and exposure)

2.2.3 การดูแลด้านจิตใจของบุคลากรที่ปลอดภัย (mental health and mediation)

2.2.4 กระบวนการทำงานของบุคลากรที่ปลอดภัย (process of work)

2.2.5 การใช้รถพยาบลฉุกเฉินที่ปลอดภัย (lane ambulance and legal issues)

2.2.6 สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร (environment and legal issues)

3.การสื่อสารทางการพยาบาล โดยใช้หลัก ISBAR (Identify – Situation – Background Assessment - Recommendation) ในการกำหนดกรอบการสนทนา มีดังนี้

Identify : การระบุตัวผู้รายงาน หน่วยงาน ผู้รับรายงาน ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย

Situation : สถาณการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน

Background : ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์

Assessment : การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล

Recommendation : ข้อแนะนำหรือความต้องการของพยาบาล

**วิธีการปฏิบัติงาน**

ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) มีดังนี้

1.เตรียมความพร้อมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมใช้ สำหรับดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องวัดสัญญาณชีพ เครื่องดูดเสมหะ และเครื่องควบคุมสารน้ำเป็นต้น

2.ประเมินผู้ป่วยแรกรับหลังผ่าตัดตรวจสอบสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาทและค่าปริมาณออกซิเจน ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง โดยความถี่ในการประเมินขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย จนกว่าจะคงที่ ตามแบบประเมิน Neurological sign Record

3.ประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อวางแผนให้การพยาบาล ดูแลให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ กรณีพบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) รายงานแพทย์ทันที

4.วางแผนจำหน่าย โดยเริ่มประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเป็นผู้ป่วยใน เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยประเมินการวางแผนจำหน่าย และให้คำแนะนำตามหลัก D–METHOD เป็นรายบุคคลตามปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย เบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วย(Discharge Plan) FM-MR 02.5 แก้ไขครั้งที่ 05 (ตามภาคผนวก ซ)

5.ติดตามประเมินผลการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ เพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาล

**เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน**

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) สิ่งที่ต้องควรระวัง และคำนึงถึงในการปฏิบัติคือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่

1.ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure : IICP) โดยต้องประเมินจากระดับความรู้สึกตัว GCS ขนาดรูม่านตา (pupil) เปลี่ยนแปลง หรือการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวลดลง

2. ภาวะเลือดออก (Bleeding) จากแผลผ่าตัด โดยสังเกตุและบันทึกลักษณะแผลที่ศีรษะและท่อระบาย บันทึกจำนวนเลือดจากท่อระบาย หากพบว่ามากกว่า 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมงหรือพบว่ามีการไหลของน้ำไขสันหลังให้รายงานแพทย์ทันที

3. ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ประเมินแผลผ่าตัดปวด บวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ เช่น น้ำหล่อสมองและไขสันหลังออกมาทางแผลผ่าตัดจะทำให้เกิดการติดเชื้อภายในสมองได้

4. ภาวะชักหลังผ่าตัด โดยเฝ้าระวัง ประเมินอาการและอาการแสดงก่อนการเกิดการชักได้ในผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีไข้สูง กระสับกระส่าย ซึม สับสน ดูแลบริหารยากันชักและดูแลป้องกันอันตรายที่เกิดจากการชักได้ เช่น ขาดออกซิเจน อุบัติเหตุจากการตกเตียงเป็นต้น

**แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน**

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน มีดังนี้

1. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (สุวิภา นิตยางกูร, 2551)

เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยงานจนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแบ่งเป็น 11 มาตรฐาน ประกอบด้วย

มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหา ความต้องการ และการเฝ้าระวังสุขภาพ

มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล

มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาล

มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล

มาตรฐานที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

มาตรฐานที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ 8 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ 9 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

มาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการพยาบาล

2. เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร (Patient and Personnel Safety Goals; 2P Safety Goals) (Vajira 2P Safety Goals; 2563)

เป้าหมายที่ 1 การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

เป้าหมายที่ 2 การติดเชื้อที่สำคัญในโรงพยาบาล

เป้าหมายที่ 3 ป้องกันบุคลากรไม่ให้ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

เป้าหมายที่ 4 การเกิด Medication Error และ Adverse Drug Events

เป้าหมายที่ 5 การป้องกันการให้เลือดผิดพลาด

เป้าหมายที่ 6 การป้องกันการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด

เป้าหมายที่ 7 การป้องกันการวินิจฉัยผู้ป่วยผิดพลาด ล่าช้า

เป้าหมายที่ 8 การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ/ พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน

เป้าหมายที่ 9 การป้องกันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผิดพลาด

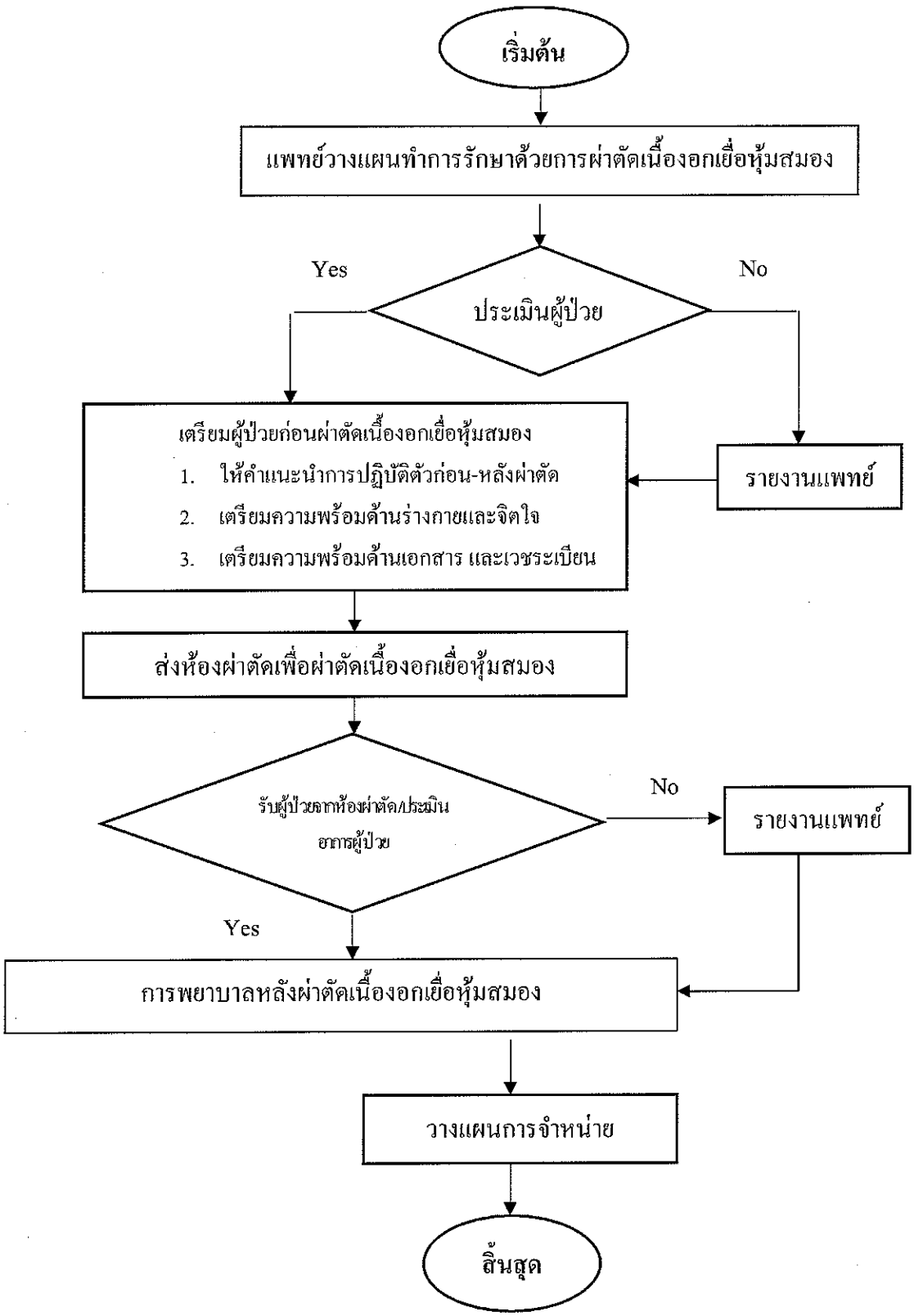
เป้าหมายที่10 ป้องกันผู้ป่วยวิกฤติ ไม่ให้ถูกดูแลอย่างไม่เหมาะสม

เป้าหมายที่ 11 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในภาวะวิกฤติ

# บทที่ 4

# เทคนิคการปฏิบัติงาน

**ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow chart)**



**ขั้นตอนการปฏิบัติงานตามกระบวนการ ดังนี้**

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ซึ่งมีขั้นตอนในการดู้แลผู้ป่วยดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน

2. ประเมินผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) เมื่อแรกรับเข้าหอผู้ป่วย มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การซักประวัติในแบบประเมินผู้รับบริการแรกรับเข้าหอผู้ป่วย (MR 03.1 แก้ไขครั้งที่01)

2.1.1 ซักประวัติผู้ป่วย เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวสิทธิการรักษา

2.1.2 ประวัติโรคประจำตัว โรคทางพันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพ

2.1.3 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หมดสติ

2.1.4 การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

2.1.5 ประวัติการแพ้ยา การแพ้อาหารทะเล แพ้ไอโอดีน เพื่อประเมินถึงภาวะเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสีที่ใช้ในขณะตรวจวินิจฉัยด้วยคอมพิวเตอร์

2.1.6 ประวัติการใช้ยาทั้งแผนปัจจุบัน และแผนไทย

2.2 ประเมินอาการทางระบบประสาท (neurological assessment) ดังนี้

2.2.1 ระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวโดยใช้ การลืมตา (Eye opening) การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (Verbal Response) การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Movement)

2.2.2 ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง

2.2.3 กำลังของแขน ขา (motor power)

2.3 ประเมินระบบการหายใจ อาการหอบเหนื่อย

2.4 ประเมินการไหลเวียนโลหิต เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2.5 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือดขาว (complete blood count; CBC), ตรวจระดับน้ำตาลและเกลือแร่ในเลือด, ตรวจเฮช ไอ วี(HIV), ตรวจการทำงานของไต (renal function test) และผลเลือดอื่น ๆ ตามดุลพินิจของแพทย์

**กรณีที่มีปัญหา** เช่น สัญญานชีพผิดปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา และปฏิบัติการพยาบาล ตามการรักษาของแพทย์

3. กรณีที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ให้ดำเนินการเตรียมผู้ป่วยเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 อธิบายให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองดังนี้

3.1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงขั้นตอนการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

3.1.2 ให้ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ เช่น วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง การเตรียมร่างกาย การโกนศีรษะ สภาวะภายหลังผ่าตัด รวมถึงเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดพร้อมทั้งอธิบายถึงลักษณะอุปกรณ์ต่างๆที่ติดมาพร้อมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด

3.1.3 สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วกลั้นหายใจไว้ 10 – 15 วินาที เพื่อช่วยให้กระบังลมเลื่อนต่ำลง ทำให้เห็นหลอดเลือดหัวใจชัดขึ้น

3.1.4 อธิบายถึงขั้นตอนการดูแลหลังผ่าตัด ความถี่/ความบ่อยของการวัดสัญาณชีพและการประเมินอาการทางระบบประสาท และการจัดการความปวด

3.2 เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

3.2.1 งดน้ำงดอาหาร และยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

3.2.2 ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดฟันปลอม เครื่องประดับ ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง

3.2.3 ตรวจสอบป้ายข้อมือ ระบุชื่อ สกุล อายุ เลขที่ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย ให้ถูกต้อง

3.3 เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ

3.3.1 สร้างสัมพันธภาพโดยการเข้าไปพูดคุยซักถาม และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก

3.3.2 อธิบายให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกับโรคที่เป็นอยู่และเหตุผลที่ต้องได้รับการผ่าตัด ประสานงานให้ได้พบแพทย์ที่ผ่าตัดเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

3.3.3 อธิบายภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภาพหลังการผ่าตัดเนื่องจากภาพหลังการผ่าตัดแพทย์อาจจะต้องโกนผมออกทั้งหมดหรือออกเพียงบางส่วน

3.4 เตรียมความพร้อมด้านเอกสารและเวชระเบียน

3.4.1 ตรวจสอบสิทธิการรักษา

3.4.2 ตรวจสอบความพร้อม และความสมบูรณ์ของแบบบันทึกเตรียมผ่าตัด MR07.2 แก้ไขครั้งที่ 02 (ตามภาคผนวก จ)

3.4.3 ผู้ป่วย/ญาติเซ็นเอกสารยินยอมรับการผ่าตัด แบบบันทึกยินยอมรับการผ่าตัดหรือหัตถการ (Informed consent for surgery and procedure) ตาม MR01.3 แก้ไขครั้งที่ 04 (ตามภาคผนวก ฉ)

4. การส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเพื่อผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ทำความสะอาดร่างกาย และสระผมก่อนส่งห้องผ่าตัด

4.2 ดูแลให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์

4.3 วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาท (neurological assessment) ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 saturation)

4.4 ตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยซ้ำ ได้แก่ ตรวจสอบชื่อ นามสกุล HN AN ให้ตรงกับป้ายข้อมือ รวมถึงตรวจสอบตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัด (mark surgical site)

4.5 ประสานงาน ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ไปห้องผ่าตัดส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง การดูแลรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.6 ดูแลส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

5. เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้วส่งกลับมาที่หอผู้ป่วยเพชรรัตน์7B โดยดำเนินการประเมินอาการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) มีขั้นตอน ดังนี้

5.1 ตรวจสอบสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาทและค่าปริมาณออกซิเจน ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง โดยความถี่ในการประเมินขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย จนกว่าจะคงที่ ตามแบบประเมิน Neurological sign Record (ภาคผนวก ข)

5.2 การประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) มีคะแนนรวม (score) 15 คะแนน (ภาคผนวก ค)

5.3 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวดศีรษะ อาเจียน ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อนชัก เกร็ง กระตุก รูปแบบการหายใจที่ผิดปกติ เช่นช้าและตื้น ไม่นอนทับบริเวณแผลผ่าตัด กรณีหลังผ่าตัดในบางรายที่มีการใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง ( external ventricular drainage หรือ EVD) ตั้งระดับจุดหยดหรือจุดโค้ง ของสาย ventriculostomy อยู่เหนือรูหู 10-15 เซ็นติเมตร ตามแผนการรักษา (เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง 30 องศา) ประเมินการทำงานของ EVD โดยการสังเกตการกระเพื่อมขึ้นลง (fluctuation) ของ CSF ในสายของระบบอย่างสม่ำเสมอ ไม่ให้สายหักพบงอ

5.4 การเฝ้าระวังอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning signs of increased intracranial pressure) และรายงานแพทย์ทันทีในกรณีพบอาการ (วันเพ็ญ และคณะ, 2558) ดังนี้

- คะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน
- สับสน กระสับกระส่าย ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล หรือมีอาการง่วงซึม
- แขนขาอ่อนแรงแย่ลงจากเดิมตั้งแต่ 1 grade มีอาการตาพร่ามัว อาการพูดลำบาก
- ขนาดของ pupil ที่เปลี่ยนแปลง 2 ข้างต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง
- ปวดศีรษะมากขึ้น รับประทานยาแก้ปวดแล้วอาการไม่ทุเลา
- ค่า ICP $\geq$ 20 มิลลิเมตรปรอท (กรณีมี ICP monitor)

5.5 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ลักษณะการหายใจ รูปแบบการหายใจ และจังหวะการหายใจ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน

5.6 ประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือด สังเกตุและบันทึกลักษณะแผลที่ศีรษะและท่อระบาย บันทึกจำนวนเลือดจากท่อระบาย หากพบว่ามากกว่า 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมงหรือหากพบว่ามีการไหลของน้ำไขสันหลังให้รายงานแพทย์ทันที

5.7 ประเมินภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ บันทึกสารน้ำเข้า – ออก จากร่างกาย

5.8 ประเมินความปวดซึ่งสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากแผลผ่าตัด วางแผนให้การพยาบาลเพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนผู้ป่วย ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

**กรณีที่พบความผิดหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma)** รายงานแพทย์ทันที

6. กรณีที่ไม่พบความผิดปกติให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ดังนี้

6.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย ( assessment )

6.1.1 อาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

6.1.2 อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกาย

6.1.3 ภาวะช็อคจากการเสียเลือด

6.1.4 ภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่

6.1.5 อาการชัก เกร็ง กระตุก

6.1.6 แผลผ่าตัดท่อระบาย และความปวด

6.1.7 อาการแสดงติดเชื้อในระบบต่างๆ

6.1.8 การกลืน

6.1.9 การเกิดแผลที่กระจกตา

6.1.10 แผลกดทับ

6.1.11 ความวิตกกังวลของผู้ป่วย

6.2 ข้อวินิจฉัยทางทางการพยาบาล การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

**6.2.1 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง**

กิจกรรมการพยาบาล

1) บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง

เช่น ชีพจรช้าลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ผลต่างของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท

2) ปรับหัวเตียงสูงหรือจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดำดีขึ้นไม่เกิดการคั่งในสมอง

3) บันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อติดตามภาวะไข้ การที่ผู้ป่วยมีไข้ทำให้ร่างกายมีความต้องการในการใช้ออกซิเจนมากขึ้น และอาจเกิดภาวะสมองบวมได้

4) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ และภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัว ทำให้การไหลกลับของหลอดเลือดดำช้า ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดในสมอง ทำให้สมองบวม มีผลทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ

5) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างระมัดระวังโดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำให้เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะสมองบวมจากน้ำเกิน

6) บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกายทุกชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายป้องกันไม่ให้ร่างกายได้รับน้ำมากเกินไป

7) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง เช่น ภาวะไข้สูง อาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ชักเกร็งกระตุก ตาพร่ามัว

8) ดูแลแผลผ่าตัด และท่อระบายให้ไหลสะดวก ไม่ดึงรั้ง พร้อมทั้งลงบันทึก ลักษณะสี และจำนวน กรณีขวดรองรับไม่เป็นสูญญากาศให้รายงานแพทย์

9) ดูแลให้ยาป้องกันอาการชักตามแผนการรักษา

**6.2.2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ**

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินการหายใจ และภาวะการขาดออกซิเจน โดยสังเกตลักษณะอัตราการหายใจความลึกของการหายใจ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วและระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง

2) จัดท่านอนศีรษะสูง (semi fowler's / high fowler's position) 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่ และให้นอนพักอย่างสมบูรณ์เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน ผ่านทางท่อช่วยหายใจทางปากต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดเครื่องช่วยหายใจทั้งหมด ปริมาตรอากาศ 450 ลิตร อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 อัตราการไหล 40 ลิตรต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอดบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมงและ

บันทึกการเปลี่ยนแปลงทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อมีการปรับเครื่องช่วยหายใจเพื่อติดตามการหายใจของผู้ป่วย

4) ดูดเสมหะ ทุก 2 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่มีเสมหะและไม่ใช้เวลาดูดเสมหะนานเกิน 15 วินาที เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน หรือเสมหะอุดตัน ใช้ถุงอากาศชนิดบีบด้วยมือ ต่อกับออกซิเจนร้อยละ 100 บีบ 2-3 ครั้งก่อนทำการดูดเสมหะและหลังทำการดูดเสมหะทุกครั้งเพื่อชดเชยออกซิเจนที่เสียไปขณะดูดเสมหะและช่วยให้ปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่

5) แนะนำการปฏิบัติตัวในขณะที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ อันตรายจากการดึงท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

6) ดูแลท่อช่วยหายใจทางปากให้ตรงตำแหน่งที่ใส่ และระวังการดึงรั้งเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและดูแลไม่ให้ท่อช่วยหายใจทางปากหักพับงอเพื่อป้องกันการอุดกันของทางเดินหายใจ

7) ให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อลดความวิตกกังวล

8) ติดตามผลทางรังสีวิทยาปอดตามแผนการรักษา

9) ติดตามผล Arterial Blood gas และรายงานแพทย์

**6.2.3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด**

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบายถ้าออกมามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์

2) ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการผู้ป่วยจะคงที่

3) รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบ

- ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท และชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที
- ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 30% หรือลดลงจากเดิม 3%
- ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออกตัวเย็น
- ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
- CVP น้อยกว่า 8 เซนติเมตรน้ำ

4) ดูแลให้ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งบันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง ทุก 8 ชั่วโมง ทุก 24 ชั่วโมง

**6.2.4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลน้ำและเกลือแร่**

กิจกรรมการพยาบาล

1) ดูแลให้ได้สารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา

2) ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโปแตสเซียมต่ำ

- ภาวะโปแตสเซียมต่ำ ( น้อยกว่า 3.5 mEq/L ) ได้แก่หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เบื่ออาหาร ท้องอืด ท้องผูก

- ภาวะโปแตสเซียมสูง ( มากกว่า 5 mEq/L ) ได้แก่ แน่นหน้าอก ชีพจรเต้นช้า คลื่นหัวใจเต้นช้า กระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาตได้

3) ประเมินถึงอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโซเดียมผิดปกติ

- ภาวะโซเดียมต่ำ ( น้อยกว่า 125 mEq/L ) ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ในรายที่ต่ำมาก มีอาการเพ้อ กระสับกระส่าย ไม่รู้สึกตัวได้

- ภาวะโซเดียมสูง ( มากกว่า 148 mEq/L ) ได้แก่ กระหายน้ำ ซึมหมดสติได้

4) บันทึกจำนวนสีของปัสสาวะทุกชั่วโมง ถ้ามีจำนวนมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงติดกัน 2 ชั่วโมง สีใสและค่าความถ่วงจำเพาะ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.005 แสดงถึงภาวะเบาจืด ติดตามผลอิเลคโตรไลท์ตามแผนการรักษาพร้อมรายงานแพทย์

5) ประเมินภาวะ Salt wasting และ SIADH จากจำนวนปัสสาวะและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพร้อมทั้งรายงายแพทย์

**6.2.5 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเมื่อเกิดการชัก เกร็ง กระตุก**

กิจกรรมการพยาบาล

1) เตรียมอุปกรณ์สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องดูดเสมหะและออกซิเจน

2) กรณีที่ผู้ป่ายชัก จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ยกที่กั้นเตียงขึ้น ใช้หมอนกั้นเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของร่างกาย ไม่งัดขากรรไกรและใส่สิ่งของในปาก ไม่ผูกยึด สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก ระยะเวลา ความถี่ ระดับความรู้สึกตัว พร้อมรายงานแพทย์

3) ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท

4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากันชักตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

5) ภายหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ยกที่กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการตกเตียง

6) ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ปราศจากสิ่งกระตุ้นและปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

7) ติดตามผลระดับยากันชักตามแผนการรักษาพร้อมรายงานแพทย์

**6.2.6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด**

กิจกรรมการพยาบาล

1) จัดให้ผู้ป่วยในท่าที่สุขสบาย ไขหัวตียงสูง 15-30 องศา เพื่อลดแรงดันในกะโหลกศีรษะและดูแลไม่ให้นอนทับแผลผ่าตัดหรือเกิดการดึงรั้งท่อระบาย

2) ประเมินความปวดแผลผ่าตัด โดยใช้ Pain scale ทุก 4-6 ชั่วโมง และหลังจากการได้รับการจัดการความปวด ดูแลประคบเย็นบริเวณแผลผ่าตัดตามแผนการรักษา

3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

4) ดูแลสิ่งแวดล้อม จัดเวลาเยี่ยมให้เหมาะสม

**6.2.7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบต่างๆ**

กิจกรรมการพยาบาล

1) ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล

2) วัด และบันทึกอุณภูมิในร่างกายทุก 4 ชั่วโมง

3) สังเกตและบันทึกลักษณะปริมาณ สี กลิ่นของสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัดและน้ำไขสันหลัง

4) ดูแลให้แผลผ่าตัดและผ้าปิดแผลแห้งสะอาดอยู่เสมอ ถ้าพบแผลมีสิ่งคัดหลั่งซึมมากให้รายงานแพทย์

5) ดูแลให้การไหลของท่อระบายต่างๆอยู่ในระบบปิด และไม่มีการหัก พับ งอ

6) สังเกตอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ เช่นหนอง น้ำหล่อสมองและไขสันหลัง หากพบออกมาทางบาดแผล จะเป็นโอกาสให้เกิดการติดเชื้อภายในสมอง

7) ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียง

8) ติดตามและรายงานผลเพาะเชื้อสิ่งคัดหลั่งจากแผล เสมหะ น้ำไขสันหลัง ปัสสาวะตามแผนการรักษา

**6.2.8 มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน**

กิจกรรมการพยาบาล

1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวโดยเร็วที่สุด (early ambulation )

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอในระยะที่ไม่ได้มีการจำกัดน้ำ

3) บริหารเท้าและข้อเท้า ในกรณีที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พยาบาลควรช่วยบริหารให้ผู้ป่วย ( passive exercise )

4) สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ( deep breathing exercise )

5) ลดการหยุดนิ่งของหลอดเลือดดำและการทำลายผนังหลอดเลือดดำจากการเคลื่อนไหวน้อยลง โดยใช้ถุงน่องผ้ายืด หรือเครื่องบีบเค้นเป็นระยะด้วยลม (pneumatic pump)

**6.2.9 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกลืน**

กิจกรรมการพยาบาล

1) จัดท่านั่งตัวตรง 90 องศา ในกรณีไม่มีข้อห้าม

2) การดูแลการกลืนขณะรับประทานอาหาร

- ถ้าผู้ป่วยไอหรือกลืนได้ช้าให้โน้มตัวไปข้างหน้า
- ถ้ามีอาการอ่อนแรง pharyngeal ให้ผู้ป่วยเอียงศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง
- ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาในการรับประทานนาน 45-60 นาที ให้แบ่งมื้ออาหารออกเป็น 4- 6 มื้อ

**6.2.10 มีโอกาสเกิดอันตรายจากแผลที่กระจกตา (Corneal ulcer) ในกรณีที่ปิดตาไม่สนิท**

กิจกรรมการพยาบาล

1) ดูแลทำความสะอาดตา สังเกตและบันทึกอาการตาแดง ขี้ตา

2) ปิดตาด้วย eye shield ป้องกันการขยี้ตา

3) ปิดเปลือกตาบนด้วย micropore

**6.2.11 มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้จากการพร่องการเคลื่อนไหว**

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินและบันทึกการป้องกันแผลกดทับโดยใช้ Braden scale

2) กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือไม่รู้สึกตัว พลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง สังเกตรอยแดงตามปุ่มกระดูกและก้นกบ

3) ดูแลให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ

4) ทำ passive และ active exercise เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมเพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ

5)ใช้อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ เช่นที่นอนลม เป็นต้น

**6.2.12 ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสเกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม**

กิจกรรมการพยาบาล

1) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ พบแพทย์สอบถามข้อสงสัย สร้างความมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาล

2) ให้กำลังใจช่วยเหลือประคบประคองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจตามความเหมาสม

**6.2.13 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ**

กิจกรรมการพยาบาล

1) นอนพักบนเตียงปรับหัวเตียงตามแผนการรักษา

2) ในรายแขนขาอ่อนแรง ช่วยพลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง

3) กรณีที่แพทย์ให้ลุกเดินได้ ต้องประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม

4) ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยลุกเดิน และเฝ้าระวังความปลอดภัย

7. เตรียมวางแผนจำหน่าย/การดูแลต่อเนื่องวางแผนจำหน่าย (discharge plan)

ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับอาการปัจจุบันของผู้ป่วย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน โดยประเมินการวางแผนจำหน่าย และให้คำแนะนำตามหลัก D–METHOD เป็นรายบุคคล ตามปัญหา และความพร้อมของผู้ป่วย ดังนี้

**D** - ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และการเจ็บป่วย (diagnosis) ให้ความรู้โรคเนื้องอกสมอง รวมถึงสาเหตุ อาการ อาการแสดง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

**M** - ความรู้เรื่องยา (medicine) อธิบายการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่นยากันชัก และสังเกตุอาการข้างเคียงของยา

**E** - สภาพแวดล้อมของการดูแล (environment) แนะนำและร่วมประเมินสภาพความพร้อม และวางแผนกับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การจัดเตรียมสภาพแวดล้อม สถานที่ ลักษณะเตียงนอน ห้องน้ำ ที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก

**T** - วิธีการรักษา หัตถการที่จำเป็น (treatment) ผู้ป่วยละญาติรับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ และมีทักษะในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น แนะนำการปฏิบัติตัว และหน่วยบริการ โทรศัพท์เยี่ยมบ้าน (telephone visit) หลังจากผู้ป่วย

จำหน่ายแล้ว 1 เดือน เพื่อสอบถามผู้ป่วย และตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับ อาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังผ่าตัด อาการที่ผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น ปวดศีษะมาก อาเจียน ชัก ซึมลง หรือแผลผ่าตัดมีการบวมแดงมีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกจากบาดแผล

**H** - การดูแลสุขภาพองค์รวม (health) ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพสามารถปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ เช่น การเลิกบุหรี่ การรับประทานอาหารไขมันต่ำควบคุมน้ำหนักตัว การป้องกันอาการท้องผูก การสั่งน้ำมูกแรง ๆ ในช่วงแรกเพราะจะเป็นการไปเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะให้สูงขึ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมและปลอดภัย เช่นการเดินออกกำลังกาย แต่ควรหลีกเลี่ยงการว่ายน้ำใน 1 เดือนแรกหรือการออกกำลังกายที่รบกวนแผลผ่าตัด

**O** - วิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมารับบริการ (out patient) แนะนำการมาตรวจตามนัด การยื่นสิทธิ หรือในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น ปวดศีรษะมาก อาเจียน ชัก ซึมลง หรือหมดสติ

**วิธีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน**

วิธีการติดตามประเมินผลโดยการติดตามและประเมินผลตามตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์7B ทุกเดือนตามตัวชี้วัดได้แก่

1.การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันในกะโหลกศีรษะสูงหลังผ่าตัดใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B เป้าหมาย 0 %

**ผลลัพธ์** การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันในกะโหลกศีรษะสูงหลังผ่าตัดใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B เท่ากับ 0 %

2.การเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังผ่าตัดเนื้องอก ของหอผู้ป่วยเพรชรัตน์ 7B เป้าหมาย 0 %

**ผลลัพธ์** การเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังผ่าตัดเนื้องอก ของหอผู้ป่วยเพรชรัตน์ 7B เท่ากับ 0 %

3.การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การติดเชื้อทางระบบประสาทของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B เป้าหมาย 0 %

**ผลลัพธ์** การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การติดเชื้อทางระบบประสาทของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B เท่ากับ 0 %

กรณีพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ปฏิบัติดังนี้

1.พยาบาลวิชาชีพและทีมผู้ดูแล ร่วมกันทบทวนกระบวนการ วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนและนำผลการวิเคราะห์มาวางแผนการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

2.ร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่างๆ

**จรรยาบรรณ คุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน**

จรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับพยาบาลเป็นการประมวลหลักความประพฤติให้บุคคลในวิชาชีพยึดถือปฏิบัติสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The America Nurses Association: A.N.A.) ได้กำหนดสาระสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลไว้ดังนี้ (ดัทลียา ศิริภัทรากูล แสงหลวง และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2563)

1. พยาบาลพึงให้บริการพยาบาลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยไม่จำกัดในเรื่อง สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ คุณสมบัติเฉพาะกิจหรือสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย

2. พยาบาลพึงเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย โดยรักษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไว้เป็นความลับ

3. พยาบาลพึงให้การปกป้องคุ้มครองแก่ผู้ป่วย สังคม ในกรณีที่มีการให้บริการสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย ถูกกระทำที่อาจเกิดจากความไม่รู้ ขาดศีลธรรม จริยธรรม หรือการกระทำที่ผิดกฎหมายจากบุคคลหนึ่งบุคคลใด

4. พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

5. พยาบาลพึงดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล

6. พยาบาลพึงตัดสินใจด้วยความรอบคอบถี่ถ้วนใช้ข้อมูลสมรรถนะและคุณสมบัติอื่น ๆ เป็นหลักในการขอคำปรึกษาหารือ ยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงการมอบหมายกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้อื่นปฏิบัติ

7. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนใจกิจกรรมการพัฒนาความรู้เชิงวิชาชีพ

8. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในการพัฒนาวิชาชีพและส่งเสริมมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

9. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการที่จะกำหนดและดำรงไว้ซึ่งสถานะภาพของการทำงานที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพยาบาลที่มีคุณภาพสูง

10. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการปกป้อง คุ้มครอง สังคม จากการเสนอข้อมูลที่ผิด และดำรงไว้ซึ่งความสามัคคีในวิชาชีพ

11. พยาบาลพึงร่วมมือและเป็นเครือข่ายกับสมาชิกด้านสุขภาพอนามัยและบุคคลอื่น ๆ ในสังคมเพื่อส่งเสริมชุมชนและสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของสังคม

สำหรับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพของสมาคม พ.ศ. 2528 มุ่งเน้นให้พยาบาลได้ประพฤติปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยกำหนดเป็นความรับผิดชอบต่อประชาชน ต่อประเทศชาติ ต่อผู้ร่วมวิชาชีพและต่อตนเองดังนี้

1. พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการวินิจฉัยและการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. พึงป้องกันภยันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน
3. พึงตระหนักและถือปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบตามหลักการแห่งวิชาชีพการพยาบาล
4. พัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ
5. ให้เกียรติ เคารพให้สิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้อื่น
6. เห็นคุณค่าและยกย่องผู้มีความรู้ ความสามารถในศาสตร์สาขาต่าง ๆ
7. พึงรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดี กับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ
8. พึงอำนวยความสะดวกให้ความร่วมมือแก่ผู้ร่วมงานในการปฏิบัติภารกิจอันชอบธรรม

# บทที่ 5

## ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะ

**ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน**

จากการนำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) ใช้ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์7B ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2562 พบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติคู่มือ ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี ขาดทักษะเรื่องการประเมินทางระบบประสาท (neurological assessment) การประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว Glasgow coma scale (GCS) และการเฝ้าระวังอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning signs of increased intracranial pressure) ที่ถูกต้องและแม่นยำ ทำให้การประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ไม่ถูกต้อง เป็นผลให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นได้

**แนวทางแก้ไขและพัฒนา**

1. จัดพยาบาลพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำและช่วยเหลือพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี
2. นิเทศการใช้คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) แก่บุคลากรทุกคนในหน่วยงาน

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรจัดอบรมฟื้นฟูการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทันต่อความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการรักษาของแพทย์

2. ควรจัดส่งบุคลากรพยาบาลไปศึกษาอบรมเฉพาะทางระบบประสาทและไขสันหลัง ให้มีปริมาณร้อยละ 40 ของบุคลากรในหน่วยงาน

3.ควรจัดทำตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อนำไปใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโรค

# บรรณานุกรม


คัทลียา ศิริภัทรกูร แสนหลวง และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2563). **การควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์: กฎหมายวิชาชีพและจรรยาบรรณพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่2. สำนักพิมพ์โครงการตำราคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. (2563). **Vajira 2P Safety Goals มาตรฐานความสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย**. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

ฉัตรกมล ประจวบลาภเพ็ญจันทร์. (2561). **ภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์**. วรสารสภาการพยาบาล. 33(2) 15-28.

นภสินธุ์ เถกิงเดช. (2563). เมนิงจิโอมา (Meningioma) **เนื้องอกสมองสุดคลาสสิค.** สืบค้น 14 ตุลาคม พ.ศ.2563.จาก https://www.ram-hosp.co.th.

เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง, ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม. (2560). **บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก**. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, นลินี พสุคันธภัค, และสายสมร บริสุทธิ์. (2558). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป.** กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). **เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 PatientSafty Goal : SIMPLE Thailand** 2018. นนทบุรี : เฟมัสแอนด์ซัคเซสฟูล.

สถาบันประสาทวิทยา. (2557). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป** พ.ศ.2557. ธนาเพรส.

สุวิภา นิตยางกูร. (2551). มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก. **มาตรฐานการพยาบาลโรงพยาบาล** (ปรับปรุงครั้งที่2). พิมพ์ครั้งที่3. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B. (2563) **สถิติประจำปีหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B.** โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.

Jeremy Ragland, Kiwon Lee. (2016). **Critical Care Management and Monitoring of Intracranial Pressure.** J Neurocrit care. 2016;9(2):105-112. Publication Date (Web): 2016 December 28 doi:http//doi.org/10.18700/jnc.160101

Kaye AH.(2001). **Brain Tumor: An Encyclopedia Approach**, 2nd,Churchill Livingstone, New York:205.

Teasdale G, Allen D, Brennan P, McElhinney E, Mackinnon L. (2014). **The Glasgow Coma Scale: an update after 40 years.** Nursing Times. 2014;110: 12-16

# ภาคผนวก

# ภาคผนวก ก

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma)

## โรคเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma)

เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) คือเนื้องอกที่อยู่นอกสมอง โดยเยื่อหุ้มสมองจะเป็นเนื้อเยื่อบาง ๆ ที่ห่อหุ้มภายนอกทุกส่วนของเนื้อสมอง และของไขสันหลัง ซึ่งอาจเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเยื่อหุ้มสมองเอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเม็งจากอวัยวะอื่น ๆ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม เป็นต้น ร้อยละ 80 เป็นเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็ง/Benign tumor ร้อยละ 15-20 เป็นเนื้องอกที่อาจกลายเป็นมะเร็งได้ เรียกว่า Malignant potential tumor หรือ Atypical meningioma

**สาเหตุ**

เนื้องอกเยื่อหุ้มสมองส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่ก็มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่ทำให้เกิดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง เช่น กรรมพันธุ์ การสัมผัสรังสี การสัมผัสสารเคมีบางชนิด หรือเป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่นและแพร่กระจายไปสมอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจเกิดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองแต่ยังไม่มีการยืนยันที่ชัดเจน เช่นคลื่นรังสีจากการใช้โทรศัพท์มือถือ และการรับประทานน้ำตาลสังเคราะห์ (aspartame) สาเหตุอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง เช่น

1.การเจริญเติบโตของเซลล์ตัวอ่อน (embryonal cell) ของสมอง ซึ่งโดยปกติจะเจริญเป็นส่วนต่างๆ ของสมอง แต่มีเซลล์บางชนิดที่หลงเหลือค้างอยู่ และกลับเจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็นเนื้องอกในระยะต่อมา การเจริญเติบโตนี้จะพบในเด็กเป็นส่วนใหญ่

2.ปัจจัยทางพันธุกรรม เนื้องอกสมองมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมอยู่ 3 ชนิด ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติทางผิวหนัง ตา ระบบประสาท ได้แก่ 1) Neurofibromatosis 2)Tuberous sclerosis (Bourneville's disease) 3) Von-hippel-Lindass disease

**พยาธิสภาพของเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง**

พยาธิสภาพของเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองสามารถอธิบายได้ 2 แนวทาง คือ การเปลี่ยนแปลงระดับโมเลกุลและผลกระทบจากเนื้องอก

1. การเปลี่ยนแปลงระดับโมเลกุล

เนื้องอกเยื่อหุ้มสมองสมองเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทซึ่งมีขบวนการที่ซับซ้อนทำให้เกิดการกลายพันธุ์ ความผิดปกติระดับโมเลกุลนี้อาจเกิดจากเซลล์มีการหยุดการเจริญเติบโต (Tumor suppressor genes) หรือเกิดจากเซลล์ที่มีการสร้างมากผิดปกติทำให้เกิดมะเร็ง (Proto-oncogenes)

2. ผลกระทบจากเนื้องอก

เนื้องอกจะมีผลกระทบต่อสมองโดยตรง อาการแสดงขึ้นอยู่กับ ตำแหน่งขนาดของก้อนและการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากเป็นเนื้องอกชนิดที่เจริญเติบโตช้าอาจใช้เวลานานกว่าจะมีอาการของแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยเนื้องอกจะมีผลต่อสมองคือ ทำลายเนื้อสมอง กดเบียดเนื้อสมอง กดทับประสาทสมอง เกิดภาวะสมองบวมและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากเนื้องอกกินพื้นที่ในกะโหลกศีรษะและภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองจากการอุดกั้นทางเดินน้ำไขสันหลังหรือมีการ

สร้างน้ำในโพรงสมองมากเกิน (Choroid plexus papilloma) เกิดการเคลื่อนตัวของสมอง (Brain herniation) เนื้องอกสมองอาจกดทับหลอดเลือดดำทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท หากไม่รักษาจะเสียชีวิตในที่สุด นอกจากนี้เนื้องอกบางชนิดสร้างฮอร์โมนมากกว่าปกติ เช่น เนื้องอกต่อมใต้สมอง ทำให้เกิดอาการแสดงความผิดปกติของฮอร์โมน เช่นร่างกายเจริญเติบโตผิดปกติ และเนื้องอกที่ผิวสมองทำให้เกิดการชัก เป็นต้น

**เกณฑ์การวินิจฉัย**

1. การตรวจทางรังสี

1.1 การถ่ายภาพรังสีกระโหลก (Skull x- ray)

1.2 การฉีดสารทึบรังสีทางหลอดเลือดสมอง (Cerebral angiogram) เป็นการฉีดสารทึบรังสีซึ่งมีไอโอดีนเป็นส่วนประกอบ เข้าทางหลอดเลือดดำแล้วถ่ายภาพรังสี เพื่อค้นหาความผิดปกติของเนื้อเยื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น

1.3 การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (Computed Tomography brain) เป็นการถ่ายภาพสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นการตรวจที่ให้รายละเอียดที่มากกว่าเอกซเรย์ธรรมดา สามารถเห็นรายละเดียดของกะโหลกศีรษะ เลือดออกในสมองและโพรงสมองได้

1.4 การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imagine: MRI) สามารถเห็นรายละเอียดของเนื้อสมองได้ดีกว่าการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ตรวจได้ทั้งเนื้อสมอง หลอดเลือดสมอง แต่ค่าใช้จ่ายจะแพงกว่า

1.5 การถ่ายภาพสมองเอฟเอ็มอาร์ไอ (Functional Magnetic Resonance Imaging หรือ FMRI) มีหลักการทำงานคล้ายๆเครื่อง MRI โดย FMRI จะได้ภาพที่แสดงได้ทั้งภาพทางกายวิภาคและการทำงาน (Function) ของระบบประสาทในสมอง ณ เวลาจริง (Real -time) ได้ ใช้สำหรับสแกนสมองและวัดการเปลี่ยนแปลงของกระแสเลือดที่ไหลเวียนเข้าสู่สมอง และสามารถบอกได้ว่าสมองเปลี่ยนแปลงการทำงานไปอย่างไรบ้าง เมื่อร่างกายทำกิจกรรมบางชนิด เช่น พูด หรืออ่าน โดยเน้นส่วนของสมองบริเวณที่ทำงานอยู่เมื่อบุคคลผู้นั้นมองภาพต่าง ๆ

2. การตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) หมายถึง การผ่าตัดชิ้นเนื้อเพื่อนำไปตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อค้นหาความผิดปกติของชิ้นเนื้อนั้น ๆ เช่น ชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจเป็นเซลล์สมองชนิดใด เป็นมะเร็งหรือไม่ เป็นต้น

**อาการและอาการแสดงของเนื้องอกสมอง**

อาการและอาการแสดงของเนื้องอกสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้องอก แบ่งเป็นอาการทั่วไปและอาการเฉพาะตำแหน่ง ดังนี้

**อาการทั่วไป**

1.ปวดศีรษะ (Headache) อาการปวดศีรษะมักเป็นอาการเริ่มต้นของเนื้องอกสมอง อาการมักเป็น ๆ หาย ๆ โดยเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่อาการมักเกิดตอนเช้าหลังตื่นนอน

2. คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea & vomiting) อาการอาเจียนบ่งชี้ถึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มักมีอาการในตอนเช้า ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารและมีอาการอาเจียนพุ่ง (Projectile) สาเหตุอาจเกิดเนื่องจากศูนย์ความคุมการอาเจียนที่อยู่บริเวณ medulla ถูกกระตุ้นโดยตรง

3. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ในระยะเริ่มต้นระดับความรู้สึกตัวอาจไม่เปลี่ยนแปลงชัดเจน ต่อมาเมื่อเนื้องอกโตขึ้นจะทำให้ระดับความรู้สึกตัวค่อย ๆ เปลี่ยน เช่น มีอาการสับสน กระสับกระส่าย ซึมลงและไม่รู้สึกตัว

4. ชัก (Seizure) อาการชักพบได้ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

**อาการเฉพาะตำแหน่ง**

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองอาจมีอาการต่าง ๆ เฉพาะตำแหน่งของสมองแต่ละส่วน

Frontal Lobe มีความผิดปกติของพฤติกรรม การพูด การเคลื่อนไหวเชาว์ปัญญาความจำระยะยาวและอารมณ์

Temporal Lope มีความผิดปกติของการรับกลิ่น การได้ยิน

Parietal Lobe มีความผิดปกติของการรับความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวด การรับรส การใช้ถ้อยคำ

Occipital Lobe มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การรับภาพ

Cerebellar สมองน้อย เดินเซ หยิบของตรงหน้าหลายครั้งจึงหยิบถูก มีเสียงดังในหู วิงเวียนบ้านหมุน

Brain stem อาเจียน กลืนลำบาก หน้าเป็นอัมพาตข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง มองตาขึ้นข้างบนไม่ได้ รูม่านตาเล็ก

Ventricle โพรงสมอง มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ปัสสาวะปริมาณมาก

Pituitary ต่อมใต้สมอง การเจริญเติบโตของร่างกายผิดปกติ การมองเห็นแย่ลง ตามัว มีน้ำนมไหล ปัสสาวะปริมาณมาก ประจำเดือนขาด มีความผิดปกติของฮอร์โมน

**การรักษา**

การรักษาในกรณีเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) สามารถรักษาให้หายได้ โดยการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมด สำหรับรายที่ผ่าตัดออกบางส่วน อาจรักษาร่วมกับการฉายแสง (สถาบันประสาทวิทยา,2557)

**การพยาบาล**

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) แบ่งได้ดังนี้ (เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง และยุพาวรรณ ทองตะนุนาม,2560)

**การพยาบาลก่อนผ่าตัด**

1.การเตรียมด้านร่างกาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดร่างกาย งดน้ำงดอาหารทุกชนิด ใส่สายสวนปัสสาวะ เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด จองเลือด ส่วนประกอบของเลือด เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ได้แก่ ใบยินยอมการผ่าตัด ยาและเวชภัณฑ์ตามแผลการรักษา การบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท

2.การเตรียมด้านจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด สภาพหลังผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสานปัสสาวะ การใส่สายระบายกระเพาะอาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องการโรคแทรกซ้อน และเปิดโอกาให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้คลายความวิตกกังวล

**การพยาบาลหลังผ่าตัด**

**การพยาบาลหลังผ่าตัดระยะวิกฤต (24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด) มีดังนี้**

1. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาทและค่าปริมาณออกซิเจน ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง โดยความถี่ในการประเมินขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย จนกว่าจะคงที่

2. การประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) มีคะแนนรวม (score) 15 คะแนน

3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวดศีรษะ อาเจียน ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อนชัก เกร็ง กระตุก รูปแบบการหายใจที่ผิดปกติ เช่นช้าและตื้น ไม่นอนทับบริเวณแผลผ่าตัด กรณีหลังผ่าตัดในบางรายที่มีการใส่สายระบายน้ำไขสันหลังออกจากโพรงสมอง (external ventricular drainage หรือ EVD) ตั้งระดับจุดหยดหรือจุดโค้ง ของสาย ventriculostomy อยู่เหนือรูหู 10-15 เซ็นติเมตร ตามแผนการรักษา (เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง 30 องศา) ประเมินการทำงานของ EVD โดยการสังเกตการกระเพื่อมขึ้นลง (fluctuation) ของCSF ในสายของระบบ อย่างสม่ำเสมอ ไม่ให้สายหักพับงอ

4. การเฝ้าระวังอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning signs of increased intracranial pressure) และรายงานแพทย์ทันทีในกรณีพบอาการ (วันเพ็ญ และคณะ, 2558) ดังนี้

- คะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน
- สับสน กระสับกระส่าย ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล หรือมีอาการง่วงซึม
- แขนขาอ่อนแรงแย่ลงจากเดิมตั้งแต่ 1 grade มีอาการตาพร่ามัว อาการพูดลำบาก
- ขนาดของ pupil ที่เปลี่ยนแปลง 2 ข้างต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง

- ปวดศีรษะมากขึ้น รับประทานยาแก้ปวดแล้วอาการไม่ทุเลา
- ค่า ICP $\geq$ 20 มิลลิเมตรปรอท (กรณีมี ICP monitor)

5. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ลักษณะการหายใจ รูปแบบการหายใจ และจังหวะการหายใจ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน

6. ประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือด สังเกตุและบันทึกลักษณะแผลที่ศีรษะและ ท่อระบาย บันทึกจำนวนเลือดจากท่อระบาย หากพบว่ามากกว่า 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมงหรือหากพบว่า มีการไหลของน้ำไขสันหลังให้รายงานแพทย์ทันที

7. ประเมินภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ บันทึกสารน้ำเข้า – ออก จากร่างกาย

8. ประเมินความปวดซึ่งสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากแผลผ่าตัด วางแผนให้การพยาบาล เพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนผู้ป่วย ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

**การพยาบาลหลังผ่าตัดเมื่อพ้นระยะวิกฤต** ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย ดังนี้

1. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 4 ชั่วโมง ตามอาการผู้ป่วย จนกว่าจะคงที่

2.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

3.ประเมินแผลผ่าตัดมีลักษณะ ปวด บวม แดงร้อน หรือมีหนองซึมออกมาหรือไม่

กิจกรรมทางการพยาบาล มีดังนี้

1.กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

1.1 ตรวจสอบสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 4 ชั่วโมง ตามอาการผู้ป่วย จนกว่าจะคงที่

1.2 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

1.3 ปรับหัวเตียงสูงหรือจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดำดีขึ้นไม่เกิดการคั่งในสมอง

1.4 ประเมินและบริหารจัดการความปวด

1.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา บันทึกสารน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษา

1.6 อธิบายให้ผู้ป่วยงดกิจกรรมที่มีผลต่อ Valsalva's maneuver เช่นการไอจามแรง ๆ เบ่งอุจจาระ เป็นต้น

2. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันอุบัติเหตุจากการชัก เกร็ง กระตุก

2.1 เตรียมอุปกรณ์สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องดูดเสมหะและ ออกซิเจน

2.2 กรณีที่ผู้ป่วยชัก จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ยกที่กั้นเตียงขึ้น ใช้หมอนกั้นเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของร่างกาย ไม่งัดขากรรไกรและใส่สิ่งของในปาก ไม่ผูกยึด สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก ระยะเวลา ความถี่ ระดับความรู้สึกตัว พร้อมรายงานแพทย์

2.3 ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท

2.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากันชักตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

3.ผู้ป่วยมีโออาสเกิดการติดเชื้อระบบต่างๆ

3.1 ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล

3.2 วัดและบันทึกอุณภูมิในร่างกายทุก 4 ชั่วโมง

3.3 สังเกตและบันทึกลักษณะปริมาณ สี กลิ่นของสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัดและน้ำไขสันหลัง

3.4 ดูแลให้แผลผ่าตัดและผ้าปิดแผลแห้งสะอาดอยู่เสมอ ถ้าพบแผลมีสิ่งคัดหลั่งซึมมากให้รายงานแพทย์

3.5 ดูแลให้การไหลของท่อระบายต่างๆอยู่ในระบบปิด และไม่มีการหัก พับ งอ

3.6 สังเกตอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ เช่นหนอง น้ำหล่อสมองและไขสันหลัง หากพบออกมาทางบาดแผล จะเป็นโอกาสให้เกิดการติดเชื้อภายในสมอง

3.7 ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียง

3.8 ติดตามและรายงานผลเพาะเชื้อสิ่งคัดหลั่งจากแผล เสมหะ น้ำไขสันหลัง ปัสสาวะตามแผนการรักษา

4.กิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

4.1 ประเมินภาวะทุขพโภชนาการร่วมกับสหวิชาชีพ

4.2 ประเมินการทำงานของลำไส้

4.3 ดูแลให้ได้รับอาหารครบ 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการ

4.4 แนะนำให้ญาติจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ที่ไม่ขัดแผนการรักษา

4.5 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5.กิจกรรมส่งเสริมด้านจิตใจ

5.1 ประสานให้ผู้ป่วยและญาติ พบแพทย์ เพื่อรับฟังการดำเนินของโรค และแผนการรักษา

5.2 ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ให้กำลังใจ

5.3 ช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย

5.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ตามความต้องการอย่างเหมาะสม

**การพยาบาลระยะพักฟื้นและการฟื้นฟู**

1.การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยการช่วยออกกำลังกายแขนและขา การฝึกหัดให้ลุกจากเตียง สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถทำได้ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2.การวางแผนการจำหน่าย การสอนและทบทวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับ

4.1 การรับประทานอาหาร

4.2 การออกกำลังกาย

4.3 การดูแลแผล

4.4 การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

4.5 การรับประทานยา

## เอกสารอ้างอิง

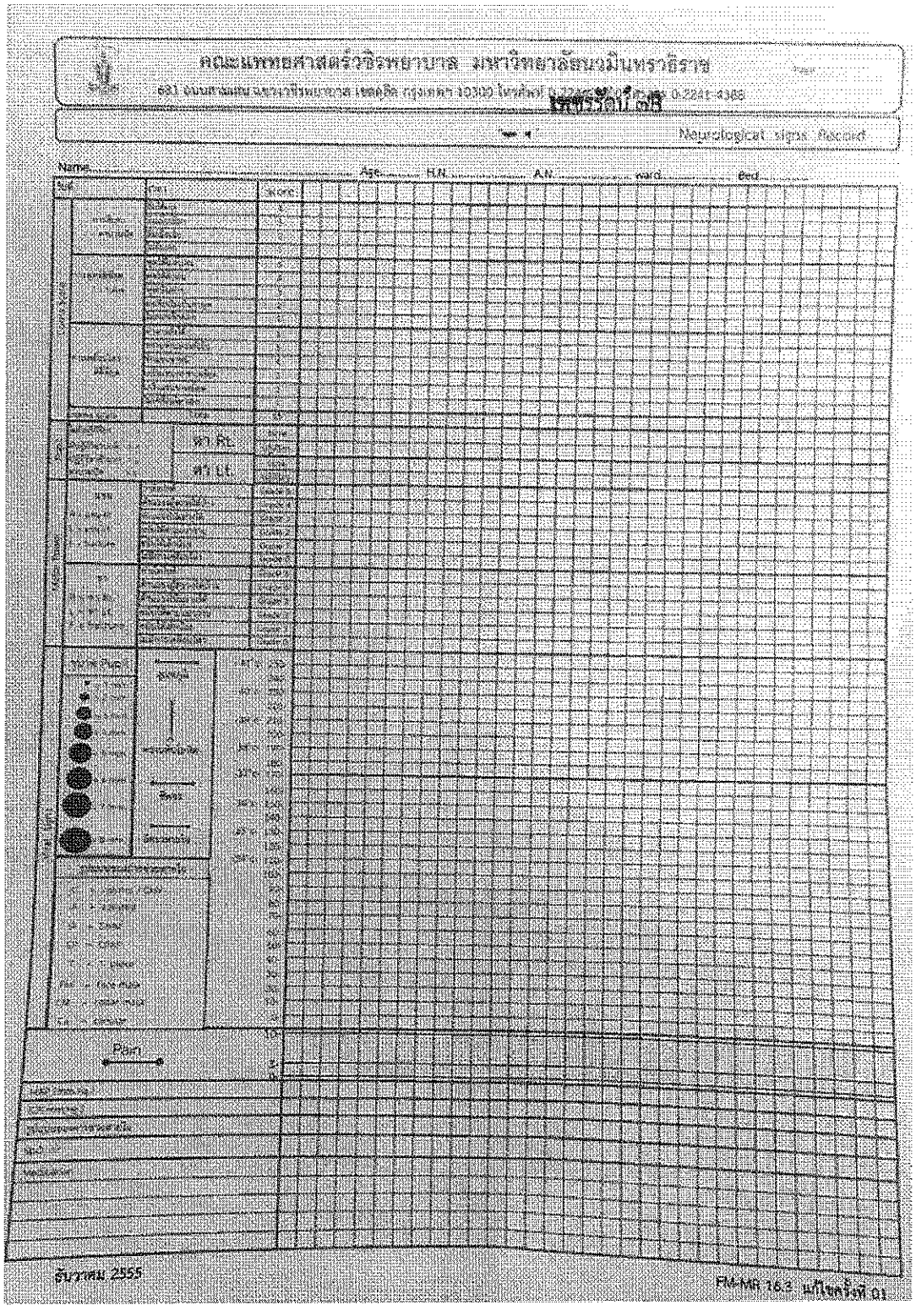
เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง, ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม. (2560). **บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก.** นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, นลินี พสุคันธภัค, และสายสมร บริสุทธิ์. (2558). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป.** กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

สถาบันประสาทวิทยา. (2557). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป พ.ศ.2557.** ธนาเพรส.

# ภาคผนวก ข

Neurological sing Record


คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
Neurological signs Record
Name
Age
H.N.
A.N.
ward
Bed
Pain
ธันวาคม 2555
FM-NR 16.2

# ภาคผนวก ค

## แบบประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว

**แบบประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (Teasdale et al., 2014) โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) มีคะแนนรวม (score) สูงสุด = 15 ประกอบด้วย**

**การลืมตา (eye opening = E)**

| | | |
|---|---|---|
| ● ลืมตาได้เอง (Spontaneous opening) | 4 | คะแนน |
| ● ลืมตาเมื่อเรียก (To speech) | 3 | คะแนน |
| ● ลืมตาเมื่อเจ็บ (To pain) | 2 | คะแนน |
| ● ไม่ลืมตาเลย (None) | 1 | คะแนน |

***หมายเหตุ*** : ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ลืมตาเนื่องจากตาบวมปิด ไม่ต้องพยายามเปิดตรวจ ให้เขียน C (Close) ลงในช่องคะแนน

**ความสามารถในการสื่อภาษาที่ดีที่สุด (Best verbal response = V)**

| | | |
|---|---|---|
| ● พูดคุยได้ไม่สับสน (Oriented) | 5 | คะแนน |
| ● พูดคุยได้แต่สับสน (Confused) | 4 | คะแนน |
| ● พูดเป็นคำๆ (Inappropriate words) | 3 | คะแนน |
| ● ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด(Incomprehensible sounds) | 2 | คะแนน |
| ● ไม่ออกเสียงเลย (None) | 1 | คะแนน |

***หมายเหตุ*** **:** ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมให้บันทึก T ในช่องคะแนน

**ความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best motor response = M)**

| | | |
|---|---|---|
| ● ทำตามคำสั่ง (Obeys commands) | 6 | คะแนน |
| ● ทราบตำแหน่งที่เจ็บ(Purposeful movement or localizes pain) | 5 | คะแนน |
| ● ชักแขน ขาหนี เมื่อเจ็บ (Withdraws to pain / non-purposeful) | 4 | คะแนน |
| ● แขนงอเข้าหาตัวเมื่อเจ็บ (Flexion to pain / decorticate response) | 3 | คะแนน |
| ● แขนเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ (Extension to pain / decerebrate response) | 2 | คะแนน |
| ● ไม่มีการเคลื่อนไหว (No response) | 1 | คะแนน |

**หมายเหตุ:**

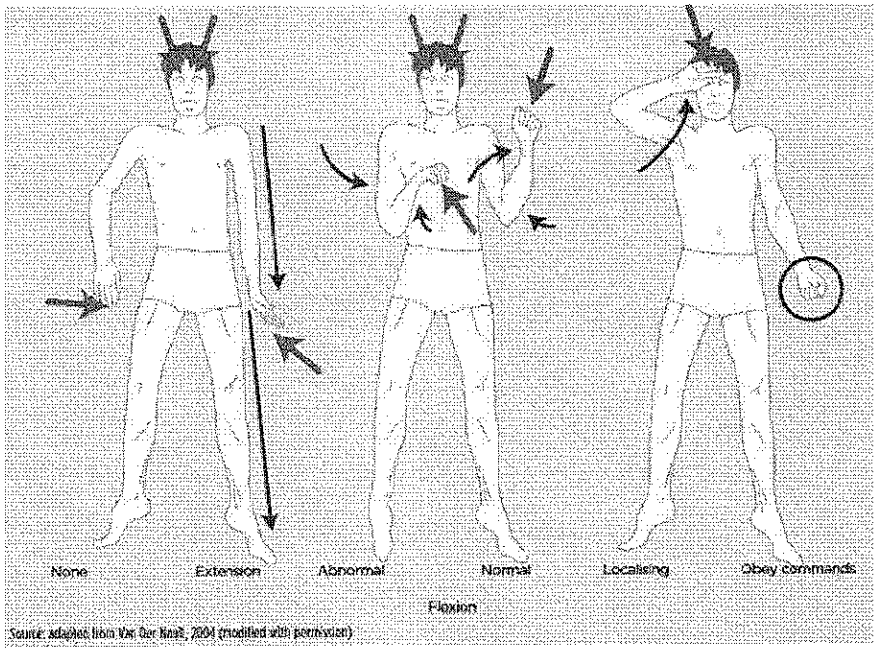
1) การประเมินการทำตามคำสั่งควรทำการตรวจเมื่อผู้ป่วยตื่นแล้ว

2) การประเมินการทราบตำแหน่งที่เจ็บถ้าผู้ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งซีกควรกระตุ้นซีกที่เป็นอัมพาตเพื่อจะได้สังเกตดูการเคลื่อนไหวของแขนขาข้างที่ดีได้ชัดเจน

3) Decorticate response ผู้ป่วยจะงอแขนเกร็งเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด การเกร็งของแขนจะงอบริเวณข้อศอก ข้อมืองอเข้าหาตัวและนิ้วมือกำลงบนหัวแม้มือ แสดงว่ารอยโรคอยู่สูงกว่าใน brain stem เหนือ midbrain

4) Decerebrate response ให้ 2 คะแนนเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะเกร็งแขนแนบเข้าหาลำตัว ข้อศอกเหยียด เกร็งชิดลำตัว ข้อไหล่หมุนเข้าหาลำตัว ข้อมือหันออกจากลำตัว นิ้วมือกำลงบนหัวแม่มือ แสดงว่ารอยโรคอยู่ ในระดับ brain stem ใต้ midbrain

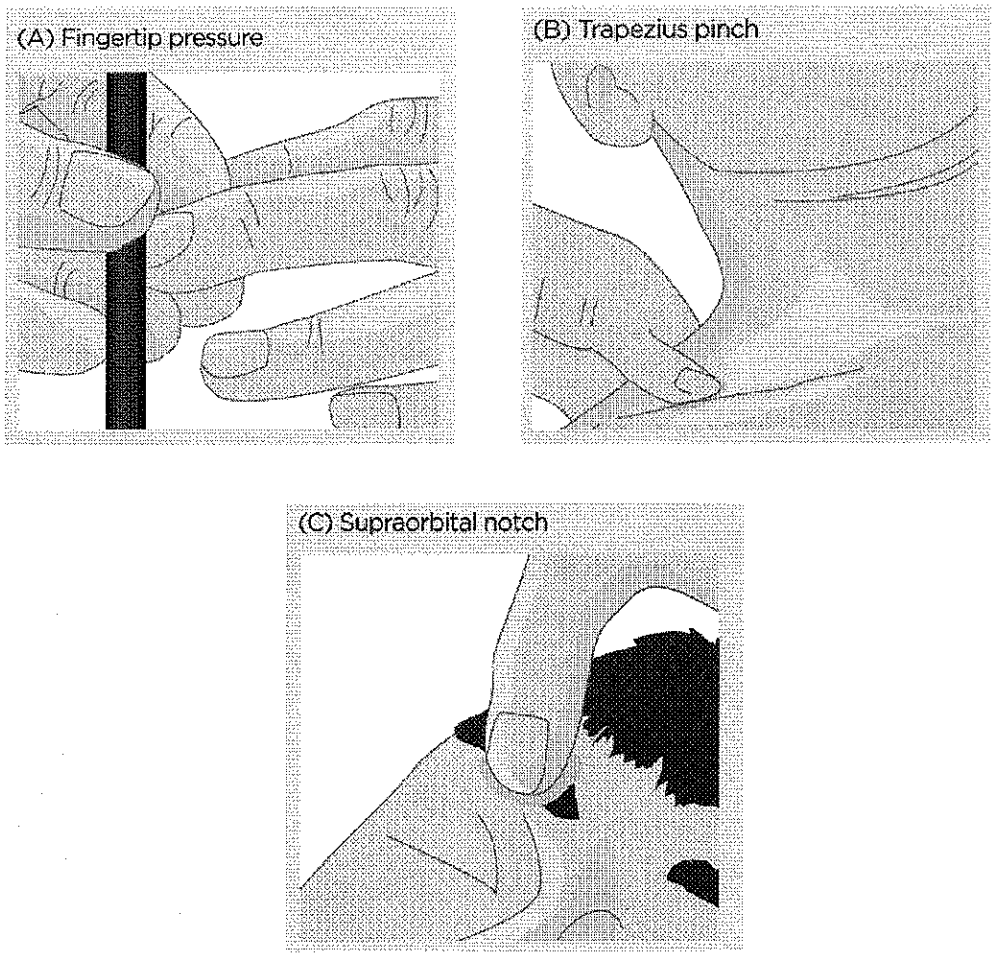
5) การบันทึกจะใช้การตอบสนองที่ดีที่สุดในแต่ละด้าน แม้ว่าผู้ป่วยจะตอบสนองเพียงข้างเดียว เช่น ผู้ป่วยมีแขนขวาเหยียดเกร็งเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด แต่สามารถยกมือซ้ายขึ้นมาบริเวณที่ถูกทำให้เจ็บได้ การบันทึกการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด คือ 3 คะแนน ไม่ใช่ 2 คะแนน เป็นต้น




ภาพแสดง Motor responses in Glasgow coma scale

**ที่มา** : www.nursingtimes.net / Vol 110 No 42 / Nursing Times 15.10.14

*การประเมินความเจ็บปวด*



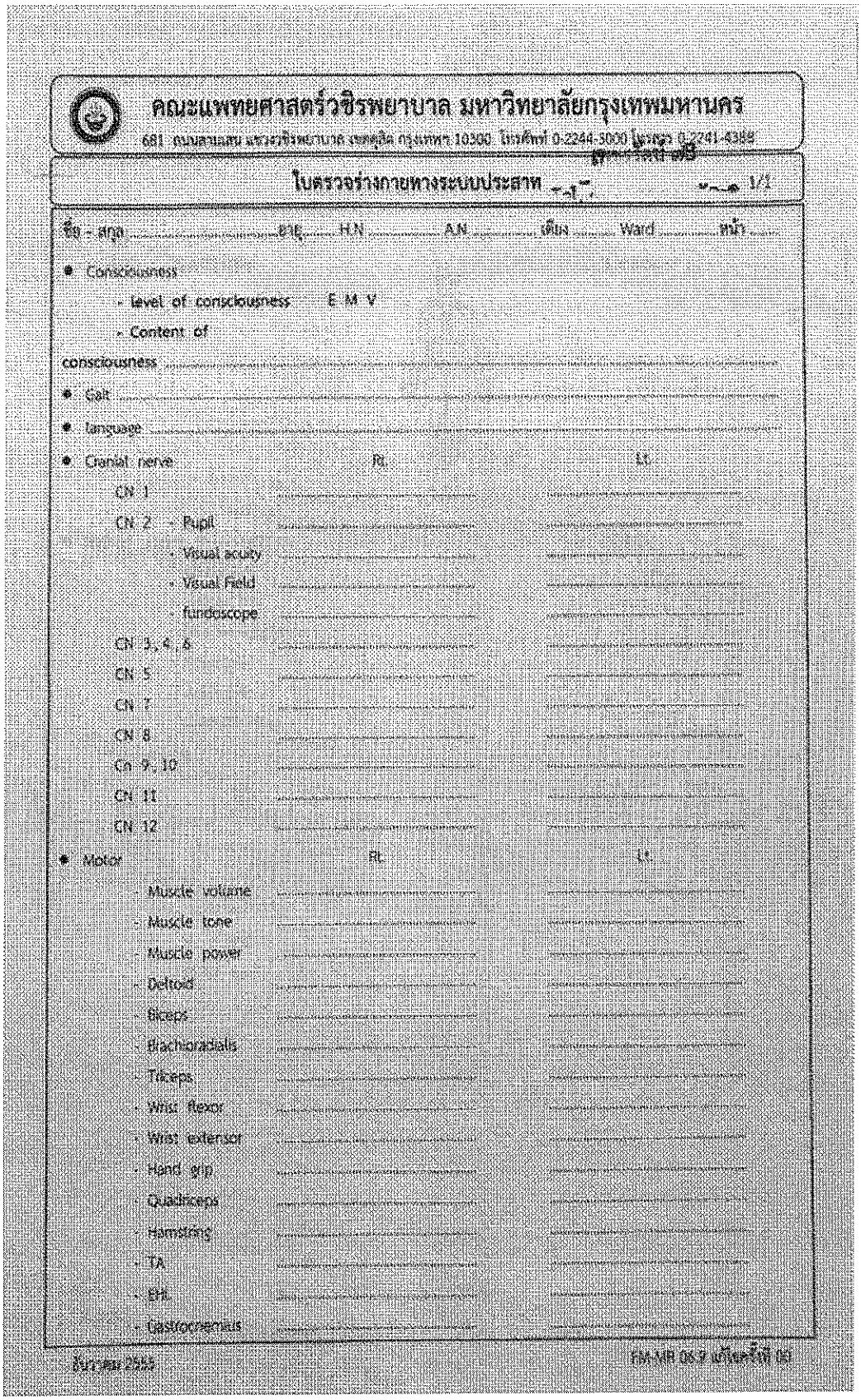

ภาพแสดง การประเมินความเจ็บปวด

**ที่มา** : www.nursingtimes.net / Vol 110 No 42 / Nursing Times 15.10.14

**ข้อควรจำ** : การประเมิน GCS ต้องทำหลังจาก resuscitate แล้วเท่านั้น (post-resuscitation GCS) จึงจะเป็นคะแนนที่ถูกต้องและสามารถใช้ในการวางแผนการรักษาและบอกพยากรณ์ของโรคได้แม่นยำ

# ภาคผนวก ง

ใบตรวจร่างกายทางระบบประสาท



# คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4388

## ใบตรวจร่างกายทางระบบประสาท

ชื่อ - สกุล ..... อายุ ..... H.N ..... A.N ..... เตียง ..... Ward ..... หน้า .....

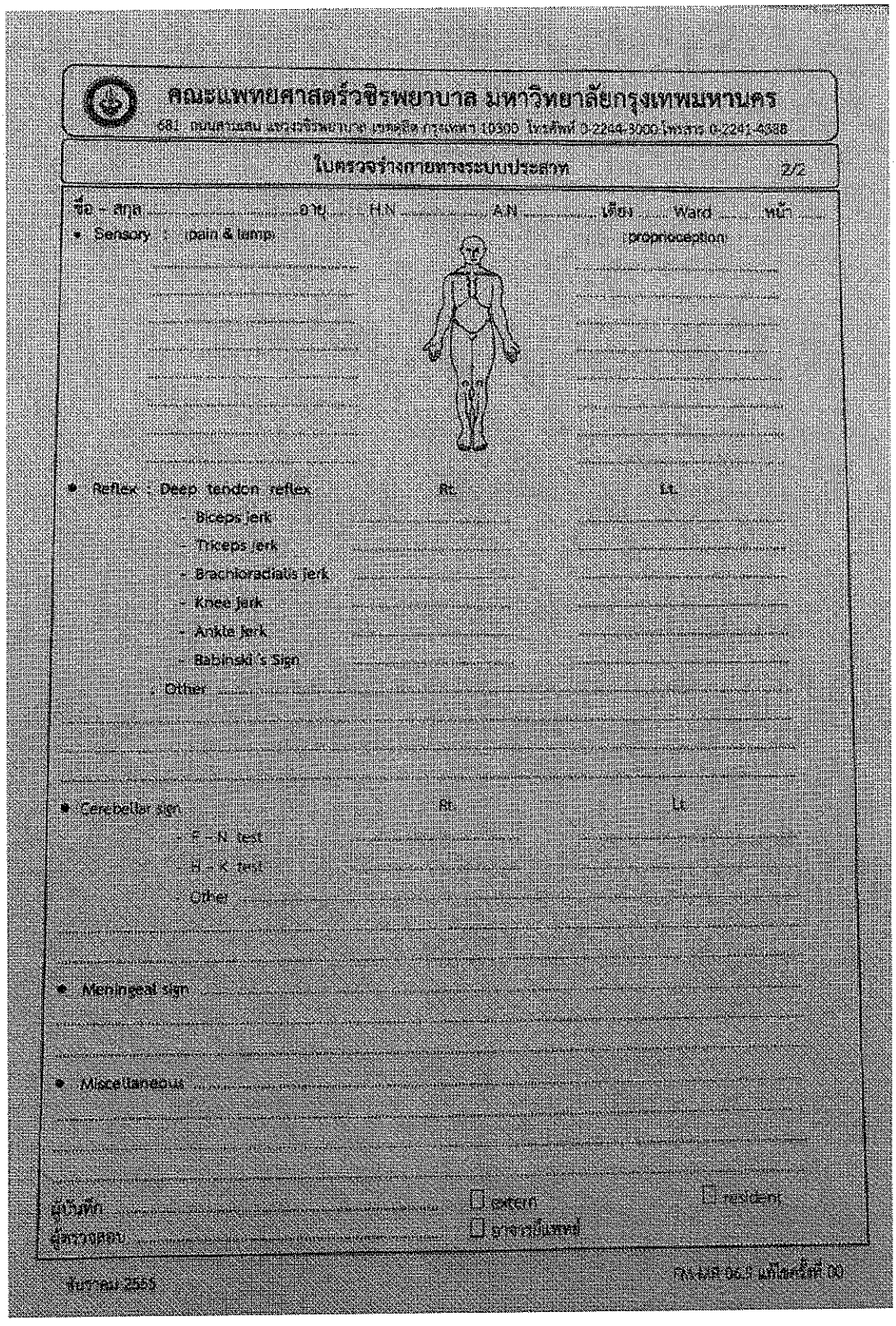
- Consciousness
  - level of consciousness E M V
  - Content of consciousness .....
- Gait .....
- language .....
- Cranial nerve

| | | Rt. | Lt. |
|---|---|---|---|
| CN 1 | | | |
| CN 2 | - Pupil | | |
| | - Visual acuity | | |
| | - Visual Field | | |
| | - fundoscope | | |
| CN 3, 4, 6 | | | |
| CN 5 | | | |
| CN 7 | | | |
| CN 8 | | | |
| CN 9, 10 | | | |
| CN 11 | | | |
| CN 12 | | | |

- Motor

| | Rt. | Lt. |
|---|---|---|
| - Muscle volume | | |
| - Muscle tone | | |
| - Muscle power | | |
| - Deltoid | | |
| - Biceps | | |
| - Brachioradialis | | |
| - Triceps | | |
| - Wrist flexor | | |
| - Wrist extensor | | |
| - Hand grip | | |
| - Quadriceps | | |
| - Hamstring | | |
| - TA | | |
| - EHL | | |
| - Gastrocnemeus | | |

ปีงบ พ.ศ. 2563 FM-MR 08.9 แก้ไขครั้งที่ 05



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2241-4338

ใบตรวจร่างกายทางระบบประสาท 2/2

ชื่อ - สกุล ..... อายุ ..... H.N ..... A.N ..... เตียง ..... Ward ..... หน้า .....

• Sensory : pain & temp. ..... proprioception .....

• Reflex : Deep tendon reflex Rt. Lt.

- Biceps jerk
- Triceps jerk
- Brachioradialis jerk
- Knee jerk
- Ankle jerk
- Babinski's Sign

- Other .....

• Cerebellar sign Rt. Lt.

- F - N test
- H - K test
- Other .....

• Meningeal sign .....

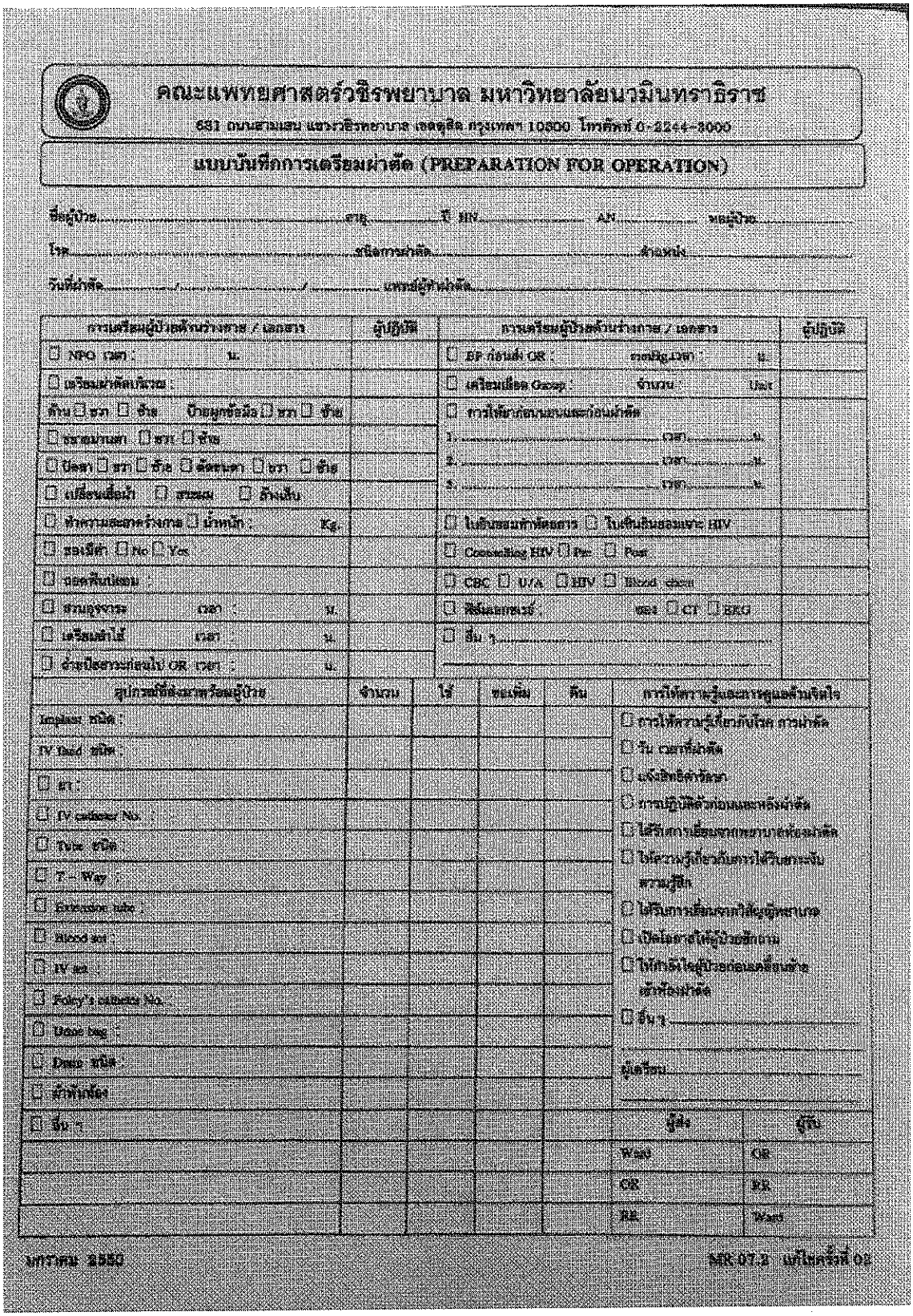
• Miscellaneous .....

ผู้บันทึก ..... ☐ extern ☐ resident

ผู้ตรวจสอบ ..... ☐ อาจารย์แพทย์

พ.ศ. 2555 กพ-ผป-06-3 แก้ไขครั้งที่ 00

# ภาคผนวก จ
# แบบบันทึกการเตรียมผ่าตัด



## คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000

### แบบบันทึกการเตรียมผ่าตัด (PREPARATION FOR OPERATION)

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี HN..... AN..... หอผู้ป่วย.....

โรค..... ชนิดการผ่าตัด..... ด้านหน้า.....

วันที่ผ่าตัด...../...../..... แพทย์ผู้ทำผ่าตัด.....

| การเตรียมผู้ป่วยโดยทั่วไปทางกาย / เอกสาร | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|
| ☐ NPO เวลา : น. | |
| ☐ เตรียมผ่าตัดเรียบร้อย | |
| ☐ ฟัน ☐ ขวา ☐ ซ้าย ☐ หูยึดขัดมือ ☐ ขวา ☐ ซ้าย | |
| ☐ ขนตามร่างกาย ☐ ขวา ☐ ซ้าย | |
| ☐ โกนขา ☐ ขวา ☐ ซ้าย ☐ ตัดเล็บมือ ☐ ขวา ☐ ซ้าย | |
| ☐ เปลี่ยนเสื้อผ้า ☐ สวมเสื้อ ☐ ถ้วนสิ้น | |
| ☐ ทำความสะอาดร่างกาย ☐ น้ำหนัก : Kg. | |
| ☐ รอเมื่อ ☐ No ☐ Yes | |
| ☐ ถอดฟันปลอม | |
| ☐ งานอยู่ราชการ เวลา : น. | |
| ☐ เตรียมเข้าไม่ เวลา : น. | |
| ☐ ส่งไปตรวจก่อนไป OR เวลา : น. | |

| การเตรียมผู้ป่วยโดยทางการแพทย์ / เอกสาร | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|
| ☐ EP ก่อนผ่า OR : เวลาที่ดูเวลา : น. | |
| ☐ เตรียมเลือด Group : จำนวน : Unit | |
| ☐ การให้ยาก่อนผ่าและก่อนผ่าตัด<br>1. ..... เวลา ..... น.<br>2. ..... เวลา ..... น.<br>3. ..... เวลา ..... น. | |
| ☐ ใบยินยอมทำหัตถการ ☐ ใบยินยินยอมเจาะ HIV | |
| ☐ Counseling HIV ☐ Pre ☐ Post | |
| ☐ CBC ☐ U/A ☐ HIV ☐ Blood group | |
| ☐ ฟิล์มเอกซเรย์ : ชนิด ☐ CT ☐ EKG | |
| ☐ อื่น ๆ ..... | |

| อุปกรณ์ที่ต้องเตรียมผู้ป่วย | จำนวน | ใช้ | ของเดิม | คืน |
|---|---|---|---|---|
| Implant ชนิด : | | | | |
| IV fluid ชนิด : | | | | |
| ☐ BT : | | | | |
| ☐ IV catheter No. : | | | | |
| ☐ ไม้ตะ ชนิด : | | | | |
| ☐ T – Way : | | | | |
| ☐ Extension tube : | | | | |
| ☐ Blood set : | | | | |
| ☐ IV set : | | | | |
| ☐ Foley's catheter No. : | | | | |
| ☐ Urine bag : | | | | |
| ☐ Drain ชนิด : | | | | |
| ☐ ผ้าพันมือ : | | | | |
| ☐ อื่น ๆ | | | | |

| การให้ความรู้และการดูแลด้านจิตใจ |
|---|
| ☐ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด |
| ☐ วัน เวลาที่ผ่าตัด |
| ☐ แจ้งให้ทราบล่วงหน้า |
| ☐ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด |
| ☐ ให้ทราบเยี่ยมจากแพทย์ก่อนผ่าตัด |
| ☐ ให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ความร่วมมือ |
| ☐ ให้ทราบเยี่ยมจากให้ญาติผู้ป่วย |
| ☐ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม |
| ☐ ให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด |
| ☐ อื่น ๆ ..... |
| ผู้เตรียม..... |

| ผู้ส่ง | ผู้รับ |
|---|---|
| Ward | OR |
| OR | RR |
| RR | Ward |

# ภาคผนวก ฉ

แบบบันทึกยินยอมรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

ผู้อนุมัติเอกสาร
(ศ.นพ.จักรวุธ มณีฤทธิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

# แบบบันทึกยินยอมรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (INFORMED CONSENT FOR SURGERY AND PROCEDURE)

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง).....อายุ.....HN.....AN.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยสมัครใจให้ นายแพทย์/ แพทย์หญิง.....

และคณะแพทย์ – พยาบาล ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชที่ได้รับมอบหมาย ให้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยชื่อ นาย/นางสาว/นาง..... HN..... ซึ่งข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายให้ทราบถึงอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วย คือ.....

ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมให้มีการดำเนินการรักษาความเจ็บป่วยดังกล่าวข้างต้นโดยวิธีการผ่าตัด ตามที่ได้มีการวางแผนไว้สำหรับผู้ป่วย คือ ..... ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดระงับความรู้สึกทั้งตัว ระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โดยแพทย์ผู้รักษา วิสัญญีแพทย์

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดจากแพทย์เกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการผ่าตัด รวมถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียงและ/หรือปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลังการผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดมีการอักเสบติดเชื้อ แผลผ่าตัดมีเลือดออกมากหรือแผลซึม แผลผ่าตัดเป็นแผลเป็น อื่นๆ (ระบุ).....

.....

.....

รวมถึงข้อดีข้อเสียของการรักษาแต่ละวิธี ทางเลือกการรักษาและระยะเวลาของการรักษาแล้ว

ถ้าหากมีบางสิ่งบางอย่างที่ข้าพเจ้าได้รับทราบ มีพื้นฐานจากการวินิจฉัยโรคที่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยซึ่งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้รับทราบแล้วเท่านั้น ไม่รวมถึงสภาวะร่างกายหรือโรคซึ่งแอบแฝงอยู่โดยที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่รับทราบและหรือจากภาวะของโรค บางครั้งอาจต้องทำหัตถการเพิ่มเติมจากที่แพทย์ ได้อธิบายก่อนผ่าตัด รวมถึงกรณีพบความผิดปกติเพิ่มเติมในระหว่างผ่าตัด จึงอาจส่งผลให้อาจมีความเสี่ยงเพิ่มเติมมากกว่าที่ควรได้

ข้าพเจ้ารับทราบเป็นอย่างดีว่า ความยินยอมนี้ครอบคลุมถึงการรักษาในภาวะฉุกเฉิน การผ่าตัด การเปลี่ยนชนิดของการระงับความรู้สึกและอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการรักษา และหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ และเข้าใจดีว่าแพทย์ไม่อาจรับประกันผลการผ่าตัดได้ ว่าจะหายหรือหมดได้ 100% แม้แพทย์จะทำการรักษาเต็มที่และถูกต้องตามหลักวิชาการแล้วก็ตาม

ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เก็บเนื้อเยื่อ น้ำเลือด ที่ได้จากการผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย หรือนำชิ้นส่วนของร่างกายเนื้อเยื่อ หรืออวัยวะที่ถูกตัดออกจากร่างกายของผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคต่อไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมให้แพทย์และคณะแพทย์-พยาบาลผู้ที่ได้รับมอบหมายฯ สามารถกระทำการรักษา/ทำหัตถการเพิ่มเติมด้วยเหตุผลซึ่งแสดงถึงความจำเป็นในการวินิจฉัย/การรักษาดังกล่าว เช่น การใช้ยาระงับความรู้สึก การให้โลหิตหรือผลิตภัณฑ์ของโลหิต การวินิจฉัยทางรังสีวิทยาและพยาธิวิทยา การตัดชิ้นเนื้อหรือส่วนของอวัยวะซึ่งกระทำโดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด/รักษา/ตรวจวินิจฉัย (นามดังกล่าวข้างต้น) ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า หากการวินิจฉัย/การรักษาดังกล่าวกระทำไปโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของตัวผู้ป่วย

ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)
วันที่.....เวลา.....
(กรณีพิมพ์นิ้ว ระบุนิ้ว.....ข้าง.....)
*กรณีที่ผู้ป่วยมากกว่าหนึ่งให้ระบุในช่องพยานความมากคนเดียวและลงชื่อกำกับด้วย

ลงชื่อหรือลายนิ้วมือ.....พยาน
(.....)
วันที่.....เวลา.....
(กรณีพิมพ์นิ้ว ระบุนิ้ว.....ข้าง.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย
☐ ผู้ป่วยหรือญาติมาคนเดียว

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
(.....)
วันที่.....เวลา.....
☐ แพทย์ ☐ พยาบาล

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)
วันที่.....เวลา.....
เจ้าหน้าที่ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลในฐานะพยาน

# ภาคผนวก ช

## Intensive care Unit Report

คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทรศัพท์ 0-2244-3000 โทรสาร 0-2243-4358

หน้า .....

# Intensive Care Unit Report

Date..... Ward..... Name..... Age.....

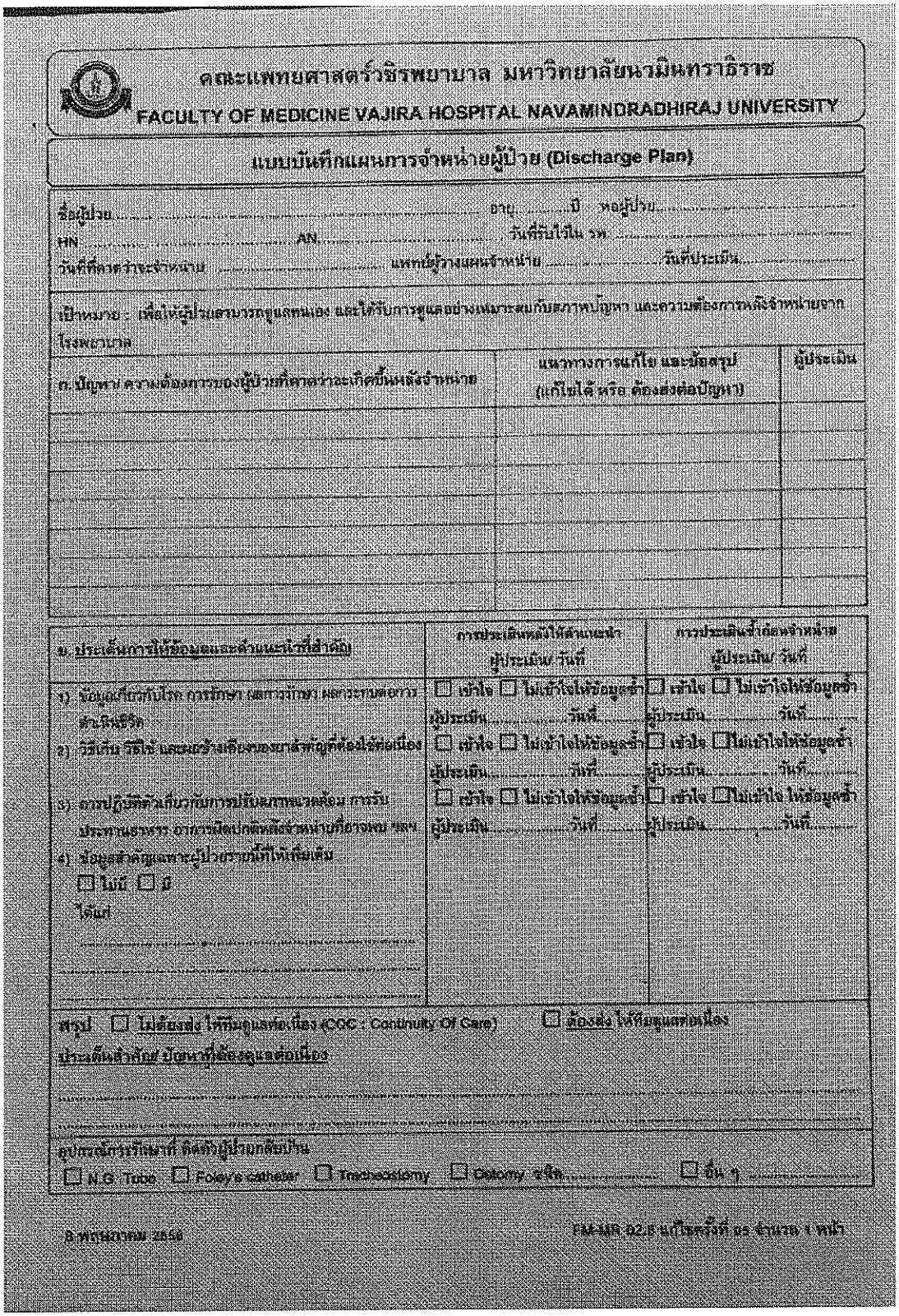
Diagnosis..... Wt..... kg. HN..... AN.....

Operation.....

| | Vital Signs & Other | | | | | | Fluid Intake | | Fluid Output | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Time | BT. | HR. | ER | BP | MAP | | | Feed / $H_2O$ | | Urine |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

# ภาคผนวก ซ

## ใบวางแผนการจำหน่าย Discharge plan



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

แบบบันทึกแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan)

ชื่อผู้ป่วย ..... อายุ .....ปี หอผู้ป่วย .....
HN ..... AN ..... วันที่รับไว้ใน รพ .....
วันที่ที่คาดว่าจะจำหน่าย ..... แพทย์ผู้วางแผนจำหน่าย ..... วันที่ประเมิน .....

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับระยะปัญหา และความต้องการหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

| ก. ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย | แนวทางการแก้ไข และข้อสรุป (แก้ไขได้ หรือ ต้องส่งต่อปัญหา) | ผู้ประเมิน |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| ข. ประเด็นการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สำคัญ | การประเมินครั้งก่อนจำหน่าย ผู้ประเมิน/ วันที่ | การประเมินครั้งก่อนจำหน่าย ผู้ประเมิน/ วันที่ |
|---|---|---|
| 1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเองหลังจำหน่ายกลับบ้าน | ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน ..... วันที่ ..... | ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน ..... วันที่ ..... |
| 2) วิธีเก็บ วิธีใช้ และผลข้างเคียงของยาสำคัญที่ต้องใช้ต่อเนื่อง | ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน ..... วันที่ ..... | ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน ..... วันที่ ..... |
| 3) การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ | ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน ..... วันที่ ..... | ☐ เข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ ให้ข้อมูลซ้ำ ผู้ประเมิน ..... วันที่ ..... |
| 4) ข้อมูลสำคัญเฉพาะผู้ป่วยรายนี้ที่ให้เพิ่มเติม<br>☐ ไม่มี ☐ มี<br>ได้แก่ ..... | | |

สรุป ☐ ไม่ต้องส่ง ให้ทีมดูแลต่อเนื่อง (CSC : Continuity Of Care) ☐ ต้องส่ง ให้ทีมดูแลต่อเนื่อง
ประเด็นสำคัญ/ ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง
.....
.....

อุปกรณ์การรักษาที่ คงค้างผู้ป่วยกลับบ้าน
☐ N.G. Tube ☐ Foley's catheter ☐ Tracheostomy ☐ Ostomy ระบุ..... ☐ อื่น ๆ .....

# ภาคผนวก ฌ

## หนังสือรับรองใช้คู่มือ

# บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ตึกผู้ป่วยนอก ๗ (ห้องตรวจศัลยกรรม) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โทร. ๓๑๐๙-๘

ที่ ..... วันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๙

เรื่อง ขอให้รับรองผลการใช้งานจริงตามคู่มือปฏิบัติงานในหน่วยงานหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๗B

เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๗B

เนื่องจากข้าพเจ้านางสาวภัทรนิษฐ์ แก้วกองทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เลขที่ พวช. ๑๑๒๓๒ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๗B ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน "คู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Meningioma" โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Meningioma ในหอผู้ป่วยวิกฤตให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๗B ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๒ เป็นต้นมา และในขณะนี้ยังใช้คู่มือปฏิบัติงานนี้อยู่ เพื่อให้สามารถดูแลเฝ้าระวังและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Meningioma ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงมีความประสงค์ขอคำรับรองว่า คู่มือการปฏิบัติงานดังกล่าวนี้ได้นำมาใช้จริงในหน่วยงาน เพื่อใช้ประกอบการขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวภัทรนิษฐ์ แก้วกองทรัพย์)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

(นางสาวจันทนา จินาวงศ์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าสาขาการพยาบาลศัลยกรรม
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
๑ ๙ พ.ค. ๒๕๖๙

เรียน
- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อดำเนินการ

(นางสาวดวงเนตร์ ภูวัฒนวนิช)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
๒๐ พ.ค. ๒๕๖๙

๒๐ พ.ค. ๒๕๖๙

# ภาคผนวก ญ

## ประวัติผู้เขียน

# ประวัติผู้เขียน

1. **ชื่อ - สกุล**

   (ภาษาไทย) นางสาวภัทรนิษฐ์ แก้วกองทรัพย์

   (ภาษาอังกฤษ) Miss Pattaranit Kaewkongsup

2. **ตำแหน่งปัจจุบัน**

   พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
   มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

3. **สถานที่ทำงาน** ห้องตรวจศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินธราธิราช

4. **ประวัติการศึกษา**

   - ปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษา ปี พ.ศ. 2546
   - หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ปี พ.ศ.2557

5. **ประสบการณ์การทำงาน**

   - พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B
   - พยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจศัลยกรรม