

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การประเมินการสูญเสียเลือดในการผ่าตัด โดยใช้แฟ้มภาพสำหรับบุคลากรใน
หน่วยงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลตากสิน

เสนอโดย

นางสาวชัชญา ทวีพจน์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 925)
ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลตากสิน
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2560)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ปากแหว่ง คือ ความผิดปกติของช่องปากแต่กำเนิด สังเกตได้จากผู้ป่วยที่ปากแหว่งจะมีรอยแยกของริมฝีปากบนไปจนถึงเหงือก และเพดานปากส่วนหน้าอาจเป็นด้านเดียวหรือสองด้าน

สาเหตุของปากแหว่ง

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรค เชื่อว่าอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือโครโมโซมที่ผิดปกติ หรือปัจจัยภายนอกที่กระทบต่อการตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก เช่น การขาดสารอาหาร หรือวิตามินบางชนิด จากพิษของยาหรือสารเคมีบางอย่าง รวมถึงติดเชื้อจากไวรัสหรือแบคทีเรียบางชนิด และอาจเกิดจากการฉายรังสีเอกซเรย์ (มารศรี ชัยวรวิทย์กุลและคณะ, 2557)

ปากแหว่ง แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. ปากแหว่งสมบูรณ์ (complete cleft lip) คือ ความผิดปกติบริเวณริมฝีปากที่มีรอยแยกเริ่มตั้งแต่บริเวณขอบปากล่างของริมฝีปาก และรอยแยกทะลุผ่านเข้าสู่จมูก

2. ปากแหว่งไม่สมบูรณ์ (incomplete cleft lip) คือ แหว่งเฉพาะริมฝีปาก

พยาธิสรีรภาพ

ปากแหว่ง เชื่อว่าสาเหตุมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่ว่ามาจากสาเหตุใดผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคนี้อาจจะดูคนธรรมดา เพราะการดูคนมดต้องใช้แรงดูจากในช่องปากทำได้ไม่ดี รวมทั้งความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของลิ้นยังไม่ดี และผู้ป่วยเด็กปากแหว่งที่มีคางเล็กและสั้น อาจทำให้หายใจลำบาก

การวินิจฉัย

ภาวะปากแหว่งสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาหรือเกิดขึ้นหลังการคลอด การวินิจฉัยสามารถทำได้ด้วยกัน 2 วิธี คือการอัลตราซาวด์ และการตรวจร่างกายทารกแรกเกิด

การรักษา

ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการผ่าตัดริมฝีปากแหว่งจะทำเมื่ออายุประมาณ 3 เดือน น้ำหนักตัวเด็กมากกว่า 5 กิโลกรัม โดยผ่าตัดซ่อมแซมริมฝีปาก สร้างริมฝีปาก และแก้ไขจมูก ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่ง

การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยมีจุดประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เจ็บปวด และศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้รวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัย ซึ่งผู้ป่วยจะมีลักษณะทางกายวิภาค สรีรวิทยา และจิตวิทยาที่แตกต่างกันตามกลุ่มอายุ การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้เหมาะสมกับขนาดของร่างกาย และอายุของผู้ป่วย เพื่อการผ่าตัดนั้นสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งต้องใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการผ่าตัดบริเวณใบหน้า ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก เนื่องจากริมฝีปากแหว่ง และผู้ป่วยเด็กมีทางเดินหายใจขนาดเล็ก การเลือกขนาดท่อช่วยหายใจต้องให้เหมาะสมกับขนาดของผู้ป่วยเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก

การประเมินสภาพ และการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยเบื้องต้น ประวัติเจ็บป่วยในอดีต การระงับความรู้สึกและการผ่าตัดที่เคยได้รับ โรคทางพันธุกรรมชนิดอื่น ๆ การตรวจร่างกาย ประเมินทางเดินหายใจ และภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก เพื่อให้ทราบปัญหาของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและบิดามารดา ให้คำแนะนำในการเตรียมความพร้อม และขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และภายหลังให้การระงับความรู้สึก การงดน้ำงดอาหารจำเป็นต้องอาศัยการดูแลของบิดามารดา โดยให้ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น การสูดสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าปอด ตรวจสอบลายมือชื่อการยินยอมผ่าตัด และการระงับความรู้สึกของบิดามารดา การเตรียมเครื่องดมยาสลบ ชุดอุปกรณ์ดมยาสลบ สำหรับผู้ป่วยชนิด circle circuit ที่อาศัยเครื่องช่วยหายใจเป็นตัวกำหนดลมหายใจ (control ventilation) อุปกรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจหลากหลายขนาด อุปกรณ์สำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เครื่องดูดเสมหะ ให้พร้อมใช้งานในกรณีฉุกเฉิน อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพที่มีขนาดเหมาะสมกับอายุ และน้ำหนักตัวของผู้ป่วย เตรียมยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก โดยคำนวณปริมาณยาตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย (อรอุมา ชัยวัฒน์, 2558)

การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างให้การระงับความรู้สึก

ระยะนำสลบ (induction) ให้ยานำสลบทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นจึงใส่ท่อช่วยหายใจ

ระยะควบคุมการสลบ (maintenance) สามารถให้ยาระงับความรู้สึกหลายกลุ่ม ได้แก่ ออกซิเจน ก๊าซไนตรัสออกไซด์ ยาแก้ปวด ยาหย่อนกล้ามเนื้อ โดยเลือกใช้ยาที่ปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด เฝาระวังและบันทึกสัญญาณชีพในแบบบันทึกการระงับความรู้สึก ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ เฝาระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดปากแหว่ง คือ ท่อช่วยหายใจถูกกดทับและหักพังงอ มักเกิดในผู้ป่วยผ่าตัดใกล้ตำแหน่งท่อช่วยหายใจ จากการกดทับของผ้าสะอาด หรือการเบียดจากเครื่องมือผ่าตัด กรณีดังกล่าวทำให้เครื่องช่วยหายใจแบบกำหนดปริมาณคงที่ช่วยด้วยปริมาณลดลง หรือช่วยไม่ได้เลย

ทำให้ผู้ป่วยมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงลดลง ซีฟจรช้าลง หากเกิดปัญหาดังกล่าว ให้ช่วยหายใจ โดยการบีบมือร่วมกับการตรวจเช็คท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งปกติ

ระยะฟื้นจากการสลบ (recovery) การถอดท่อช่วยหายใจภายหลังเสร็จการผ่าตัด ต้องเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยตื่นดี ทำตามสั่ง คำสัญญาณชีพคงที่ หายใจดี กลไกการกลืน การไอ กลับมาเป็นปกติ สามารถเคลื่อนไหวแขนขาได้ดี จึงถอดท่อช่วยหายใจ และส่งผู้ป่วยไปดูแลที่ห้องพักฟื้น (มานี รักษาเกียรติศักดิ์, 2558)

การพยาบาลผู้ป่วยหลังการให้การระงับความรู้สึก

ในระยะนี้ต้องดูแลให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง หายใจได้ดี และดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ บันทึกอัตราการหายใจ ซีฟจร ความดันโลหิต และอุณหภูมิร่างกาย ให้การดูแลเฝ้าระวัง โดยการจัดท่านอนตะแคง เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ ไม่สำคัญน้ำลายที่ไหลออกมา และให้ออกซิเจนชนิดพ่นในอัตรา 6-10 ลิตรต่อนาที ทางท่อ corrugate tube ระยะห่างจากจมูกผู้ป่วยประมาณ 3-5 เซนติเมตร และให้ความอบอุ่นด้วยผ้าห่มลมร้อน ติดตามสัญญาณชีพ สังเกตการหายใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ดูแลอาการปวดแผลหลังการผ่าตัด ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังหอผู้ป่วย ต้องมีคะแนน Modified Aldrete score (ใช้ประเมินผู้ป่วยก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย) รวมมากกว่า หรือเท่ากับ 9 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ประกอบด้วยค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ เท่ากับ 2 คะแนน การหายใจเข้าออกได้แรงลึก เท่ากับ 2 คะแนน ระดับความรู้สึกตัวตื่นดี เท่ากับ 2 คะแนน ค่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลงไม่น้อยกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ เท่ากับ 2 คะแนน การเคลื่อนไหวของแขนและขาได้เอง เท่ากับ 2 คะแนน (ดวงชีวัน ชูฤกษ์, 2558) และต้องมีสัญญาณชีพปกติอย่างน้อยเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ระหว่างนี้ให้บิดามารดาช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกถึงการแยกจาก หวาดกลัวและไม่ให้ความร่วมมือ ให้คำแนะนำการดูแลภายหลังการระงับความรู้สึกแก่บิดามารดา เพื่อลดวิตกกังวล

เกสัชวิทยา (เบญจรัตน์ หยกอุบล และคณะ, 2560)

Sevoflurane เป็นก๊าซยาดมสลบที่มีกลิ่นไม่ฉุน ไม่ระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ มีฤทธิ์กดการทำงานของสมอง กดการหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อห่อนตัวเมื่อสลบลึก และมีฤทธิ์เสริมยาห่อนกล้ามเนื้อ สามารถให้นำสลบได้เร็ว และหมดฤทธิ์เร็ว ค่า MAC (Minimal Alveolar Concentration) 1.17-2.05 จึงเหมาะสำหรับนำสลบในผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ และสามารถปรับระดับความลึกของการนำสลบได้ง่าย ควบคุมการสลบได้ดี อาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการอะอะ ไวยวายได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กและบางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย

Nitrous oxide เป็นแก๊สที่มีฤทธิ์เป็นยาสลบชนิดอ่อน ไม่กดการหายใจ ไม่มีผลต่อระบบไหลเวียน มีฤทธิ์ช่วยลดความเจ็บปวด เมื่อใช้ในปริมาณที่สูงจะทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน จึงควรให้ความเข้มข้นของไนตรัสออกไซด์ที่ 50-60 เปอร์เซ็นต์ ร่วมกับการให้ออกซิเจน เมื่อผู้ป่วยฟื้นจากการระงับความรู้สึกให้สูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ เพื่อป้องกันภาวะ diffusion hypoxia

Morphine เป็นยาระงับปวดกลุ่ม opioid มีฤทธิ์ระงับการปวดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง มีฤทธิ์กดการหายใจ ทำให้ความดันโลหิตลดลง การฉีดยาด้วยความเร็วอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อผนังหน้าอกหดเกร็งได้ ยา มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งฮิสตามีน (histamine) ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืด และในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง ผู้ป่วยสูงอายุ การได้รับยาในขนาดสูง อาจทำให้ยาออกฤทธิ์นานขึ้น ขนาดยาที่ใช้ 0.1-0.2 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

Cisatracurium เป็นยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อชนิด non depolarizing มีฤทธิ์แรงกว่า Atracurium ถึง 4 เท่า ยาไม่กระตุ้นการหลั่งฮิสตามีน ไม่มีผลต่อความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ ขนาดยาที่ใช้ 0.15-0.2 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ครั้งต่อไปให้ยา 1 ใน 3 ของขนาดยาเริ่มต้น

Propofol เป็นยาระงับความรู้สึกชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำ ขนาดยาที่ใช้ 1.0-2.5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทและการหายใจ ถ้าให้ในขนาดที่ใช้ซ้ำสลบ ยา มีผลทำให้ปริมาตร cardiac output ลดลง มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำส่วนปลาย ทำให้ความดันโลหิตลดลง การบริหารยาเข้าทางหลอดเลือดดำทำให้ปวด ควรบริหารยาร่วมกับ Lidocaine 10-20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำก่อนฉีดยา Propofol เพื่อลดความปวด

Succinylcholine เป็นยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อชนิด depolarizing ที่มีฤทธิ์สั้น ออกฤทธิ์เร็ว หมดฤทธิ์เร็ว ขนาดที่ให้ 1.5-2 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท parasympathetic ทำให้หัวใจเต้นช้า โดยเฉพาะในเด็กอาจพบภาวะหัวใจหยุดเต้นหลังการให้ Succinylcholine ครั้งที่ 2 จึงควรให้ด้วยความระมัดระวัง ยา มีผลให้ serum potassium เพิ่มขึ้น อาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

Atropine มีผลยับยั้งฤทธิ์ของ acetylcholine ที่ muscarinic receptor ลดการหลั่งน้ำลาย สารคัดหลั่งในหลอดลม ต้านการหดเกร็งของหลอดลม แก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ขนาดยาที่ใช้ 0.01-0.02 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฤทธิ์ของยาทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว อาการข้างเคียงทำให้ปากแห้ง ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว กลืนลำบาก

Neostigmine เป็นยาที่สังเคราะห์ใช้แก้ฤทธิ์ยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อกลุ่ม nondepolarizing ขนาดยาที่ใช้ 0.05-0.08 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ยานี้ทำให้หัวใจเต้นช้า เต็มไม่เป็นจังหวะ กระตุ้นการหลั่งน้ำลาย รุนานตาหดเล็กลง หลอดลมบีบเกร็ง เพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากยาที่ทำให้อัตราการเต้นหัวใจช้าลง จึงมักให้ยา Atropine ร่วมด้วยทุกครั้ง

การพยาบาล ยาทุกชนิดที่ใช้ในการระงับความรู้สึกของวิสัญญี จำเป็นต้องซักประวัติการแพ้ยา ประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับยาทุกครั้ง เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ความดันโลหิต ชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และบันทึกสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยฟื้นจากการระงับความรู้สึก

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ภาวะปากแห้งเป็นความพิการของใบหน้าแต่กำเนิด การรักษาที่มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถในการรับประทานอาหาร การพูด การเข้าสังคม เนื่องจากผู้ป่วยปากแห้งจะไม่สามารถปิดปากได้สนิททำให้อาหารและของเหลวขึ้นจมูก ปัญหาการพูดทำให้พูดไม่ชัด มีเสียงขึ้นจมูกและฟังกยาก ปัญหาการเข้าสังคมจากความผิดปกติของใบหน้า การรักษาโดยการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแห้งภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จากสถิติ ปี พ.ศ.2560 จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.07 (งานข้อมูลและสถิติฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลตากสิน, 2560) ของผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญีทั้งหมด แม้ว่าจะมีปริมาณสถิติที่น้อย แต่มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการระงับความรู้สึก รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงได้เลือกผู้ป่วยเด็กอายุ 11 ปี ที่มารับการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแห้งมาเป็นกรณีศึกษา ซึ่งผู้ป่วยเด็กจะมีลักษณะทางกายวิภาคสรีรวิทยาและสภาวะด้านจิตใจที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้พร้อมใช้งานที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัว และอายุของผู้ป่วยเด็ก ตลอดจนการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึก โดยมีการประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก ซึ่งต้องอาศัยการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งบิดามารดา วางแผนและเลือกใช้ยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสม ปลอดภัยกับผู้ป่วย รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยตื่นจากการระงับความรู้สึก ได้อย่างปลอดภัย ดูแลต่อเนื่องภายหลังจากการระงับความรู้สึก จนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ขั้นตอนในการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็ก การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแห้ง
2. เลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 11 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มีกึ่งกลางริมฝีปากด้านบนแห้งตั้งแต่กำเนิด แพทย์นัดเข้ารับการรักษา เพื่อผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแห้งภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หลังผ่าตัดพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษ 15 หลังผ่าตัดแผลแห้งดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังให้การระงับความรู้สึก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและนัดมาตรวจติดตามผล
3. เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยพิเศษ 15 เพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ประเมินความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายแก่ผู้ป่วยและบิดามารดา
4. วินิจฉัยการพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อวางแผนการระงับความรู้สึก
5. ให้การพยาบาลขณะระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก ดูแลผู้ป่วยให้ตื่นภายหลังสิ้นสุดการระงับความรู้สึก สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อผู้ป่วยไปที่ห้องพักรักษาตัว ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยพิเศษ 15 จำนวน 1 ครั้ง เพื่อประเมินผลทางการพยาบาลภายหลังการระงับความรู้สึก และแนะนำให้มาตรวจตามนัด เพื่อติดตามการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม

6. สรุปกรณีศึกษา นำเสนอข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 11 ปี เลขที่ภายนอก 1111/53 เลขที่ภายใน 8834/60 มีภาวะปากแหว่ง ตั้งแต่กำเนิด มารดานำมาโรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง ได้วางแผนและเตรียมผู้ป่วย สำหรับผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งภายใต้การระงับความรู้สึก โดยวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เวลา 14.30 น. ได้ทำการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยพิเศษ 15 โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและบิดามารดา ประเมินสภาพร่างกาย ทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยมีรูปร่างสมส่วน พัฒนาการและการเจริญเติบโตสมวัย ไม่มีโรคประจำตัว รู้สึกตัวดี มีกึ่งกลางริมฝีปากด้านบนแหว่ง น้ำหนักตัว 41 กิโลกรัม ส่วนสูง 142 เซนติเมตร สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 104/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ประเมินทางเดินหายใจและภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก พบว่า ผู้ป่วยมีกึ่งกลางริมฝีปากด้านบน แหว่ง จากการประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย พบปัญหาท่อน้ำให้การระงับความรู้สึก ดังนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ ใส่ท่อช่วยหายใจยาก จากกึ่งกลางริมฝีปากด้านบนแหว่ง แนะนำบิดามารดาถึงขั้นตอนการให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายก่อนทำการผ่าตัด ว่าต้องมีการใส่ท่อช่วยหายใจตลอดการผ่าตัด และผู้ป่วยมี กึ่งกลางริมฝีปากด้านบนแหว่ง อาจทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจยาก จึงต้องจัดเตรียมก๊อชสำหรับรองริมฝีปากขณะ ใส่ท่อช่วยหายใจ และตรวจสอบอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจขนาดต่าง ๆ อุปกรณ์ช่วยในการ ยืนยันตำแหน่งท่อช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะและยา ให้พร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยและบิดามารดา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้การระงับความรู้สึก ให้คำแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ขั้นตอนการระงับความรู้สึกทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึก หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยและบิดามารดา มีความวิตกกังวลลดลง

วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เวลา 9.30 น. ผู้ป่วยเข้ารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยวิสัญญีพยาบาลภายใต้การควบคุมของวิสัญญีแพทย์ นำสลบด้วย Propofol ปริมาณ 80 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหลับให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Cisatracurium ปริมาณ 6 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นจึงใส่ท่อช่วยหายใจชนิด RAE tube ขนาด 6.0 ชนิดมีกระเปาะลม ความลึกของท่อช่วยหายใจ 17 เซนติเมตร หลังใส่ท่อช่วยหายใจฟังเสียงลมหายใจที่ทรวงอกทั้ง 2 ข้าง ได้ยินปกติ เท่ากัน ปรับความเข้มข้นของออกซิเจนต่อก๊าซไนตรัสออกไซด์ อัตราส่วน 1:1 เปิดก๊าซยาดมสลบ ชนิด Sevoflurane ความเข้มข้น 1 เปอร์เซ็นต์ ก่อนลงมีดผ่าตัดให้ Morphine ปริมาณ 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดความเจ็บปวดขณะทำการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะพร่องออกซิเจน จากท่อช่วยหายใจถูกกดทับและหักพับงอ จัดทำโดยใช้แผ่นฟองน้ำรองระหว่างท่อช่วยหายใจกับทรวงอก และใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง corrugate tube เพื่อป้องกันการเคลื่อนที่ของท่อช่วยหายใจ พร้อมทั้งใส่ระวางบันทึกสัญญาณชีพ และค่าความดันในหลอดลมที่วัดได้สูงสุดในระหว่างการหายใจเข้า ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด พบว่า ความดันโลหิตอยู่ช่วงระหว่าง 100-110/60-70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98-100 เปอร์เซ็นต์ ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียโลหิตประมาณ 5 มิลลิลิตร ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้การระงับความรู้สึก หลังแพทย์ดูดเลือดและเศษเนื้อเยื่อที่ตกค้างออกจากปากจนหมด ปิดแผลผ่าตัด จึงปิดก๊าซชาดมสลบ ชนิด Sevoflurane เปิดออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ จำนวน 6 ลิตรต่อนาที รอให้ผู้ป่วยเริ่มหายใจ จึงให้ยา Prostigmine ปริมาณ 2.5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับ Atropine ปริมาณ 1.2 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะสุดสัปดาห์เสมหะและเลือดจากการผ่าตัดเข้าปอด ก่อนการถอดท่อช่วยหายใจดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ และในปากผู้ป่วยให้หมด ประเมินการหายใจ ผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ ผู้ป่วยเริ่มขยับแขนขา จึงถอดท่อช่วยหายใจ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ จำนวน 6 ลิตรต่อนาที จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง เพื่อป้องกันน้ำลาย เสมหะไหลลงคอกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดลมหดเกร็งได้ ย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการต่อที่ห้องพักฟื้นเป็นเวลา 1 ชั่วโมง เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยตื่นดี แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ความดันโลหิต 106/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98 เปอร์เซ็นต์ (ในอากาศปกติ) ขณะอยู่ห้องพักฟื้นได้ให้บิดาและมารดาพร้อมดูแลผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการแยกจากและหวาดกลัว ที่ห้องพักฟื้นไม่พบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนหลังให้การระงับความรู้สึก จึงส่งกลับหอผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังการระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง

วันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยพิเศษ 15 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ไม่พบภาวะตื่นรู้ถึงตัวขณะให้การระงับความรู้สึก ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย ระดับความปวด 2 คะแนน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน วันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เวลา 13.00 น. รวมระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 3 วัน นัดผู้ป่วยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เวลา 9.00 น. เพื่อติดตามการรักษา

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 11 ปี มีภาวะปากแหว่งตั้งแต่กำเนิด มารดานำมาโรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง ภายใต้อาการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้นัดหมายให้ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เวลา 14.30 น. และประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยพิเศษ 15 พร้อมทั้งวางแผน เพื่อให้การระงับความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยมีรูปร่าง สมส่วน พัฒนาการ และการเจริญเติบโต

สมวัย มีกึ่งกลางริมฝีปากด้านบนแหง่ง ไม่มีโรคประจำตัว รู้สึกตัวดี จากการประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย พบปัญหาก่อนการระงับความรู้สึก ดังนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก จากกึ่งกลางริมฝีปาก ด้านบนแหง่ง ผู้ป่วยและบิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วย เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากท่อช่วยหายใจถูกกดทับและหักพังงอ ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยเสี่ยงต่อ ภาวะสูดสำลักเสมหะและเลือดจากการผ่าตัดเข้าปอด หลังผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ หายใจเองดี ขยับแขนขาได้เอง จึงถอดท่อช่วยหายใจ หลังจากนั้นส่งต่อการดูแลหลังการระงับความรู้สึกที่ห้องพักฟื้น เวลา 12.00 น. และได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังการระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจาก การระงับความรู้สึก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน วันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เวลา 13.00 น. รวมระยะเวลา ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 3 วัน นัดผู้ป่วยที่ห้องตรวจ ผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เวลา 9.00 น. เพื่อติดตามการรักษา

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เป็นการพัฒนาตนเองของผู้จัดทำผลงานในการเพิ่มพูนความรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหง่ง

8.2 ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดแก้ไข ภาวะปากแหง่ง สำหรับหน่วยงานวิสัญญีวิทยา

8.3 เป็นแนวทางประกอบการสอนงานบุคลากรทางการพยาบาล และวิสัญญีพยาบาลใหม่ที่จะเข้ารับ การอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ความยุ่งยากในการเตรียมอุปกรณ์สำหรับระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็ก เช่น ชุดดมยาสลบสำหรับเด็ก ท่อช่วยหายใจ ชนิด oral RAE endotracheal tube ต้องเลือกยาที่มีฤทธิ์สั้น หมดฤทธิ์เร็ว และผลข้างเคียงน้อย

9.2 ผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการเลื่อนหลอด หักพังงอของท่อช่วยหายใจระหว่างการระงับความรู้สึก จากตำแหน่งการผ่าตัดอยู่ใกล้ท่อช่วยหายใจ จากการกดทับของผ้าสะอาด หรือการเบียด จากเครื่องมือผ่าตัด ต้องยึดท่อช่วยหายใจให้มั่นคง สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอก ตรวจสอบตำแหน่ง ท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ติดตามสัญญาณชีพ และปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จาก ลมหายใจออกจากเครื่องวัด capnography

9.3 ผู้ป่วยเด็กหวาดกลัว ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังระงับความรู้สึก

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรมีการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติ มีความรู้ความเข้าใจขั้นตอนการระงับความรู้สึก อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อลดความกลัว วิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

10.2 ควรมีการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ การเตรียมอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็ก การคำนวณปริมาณยาที่ใช้สำหรับผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการจัดเตรียมอุปกรณ์ และยาได้อย่างรวดเร็ว ครบถ้วน

10.3 ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ขณะผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดจนผู้ป่วยหลับ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ ชัชญา ทวีพจน์
 (นางสาวชัชญา ทวีพจน์)
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 ผู้ขอรับการประเมิน
 (วันที่) 28 พ.ค. 2562

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ศุภมาส ปิติมานะอารี
 (นางสาวศิริพรรณ ปิติมานะอารี)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)
 หัวหน้าพยาบาล
 ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน
 (วันที่) 28 พ.ค. 2562

ลงชื่อ ลลนา
 (นางสิรินาถ เวทยะเวทิน)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน
 (วันที่) 28 พ.ค. 2562

เอกสารอ้างอิง

งานข้อมูลและสถิติ ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลตากสิน.(2560). **ข้อมูลและสถิติผู้ป่วย** โรงพยาบาลตากสิน.

งานข้อมูลและสถิติ ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลตากสิน.

ดวงชีวัน ชูฤกษ์.(2558). **ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

เบญจรัตน์ หยกอุบลและคณะ.(2560). **วิสัญญีบริหารทันยุค**. กรุงเทพฯ: ลักกี้ สตาร์มีเดีย.

มานี รักษาเกียรติศักดิ์.(2558). **ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

มารศรี ชัยวรวิทย์กุลและคณะ.(2557). **การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่สำหรับทันแพทย์และ
ทันตกรรมจัดฟัน**. เชียงใหม่: ทรี โอ แอดเวอ์ไทซิ่ง แอนด์ มีเดีย.

อรอุมา ชัยวัฒน์.(2558). **ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

อังกาบ ปราการรัตน์.(2557). **ตำราวิสัญญีวิทยา**. กรุงเทพฯ: ยูไนเต็ดโปรดักชั่น.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวชิษญา ทวีพจน์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 925) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน
สำนักการแพทย์

เรื่อง การประเมินการสูญเสียเลือดในการผ่าตัด โดยใช้แฟ้มภาพสำหรับบุคลากรในหน่วยงานวิสัญญีวิทยา
โรงพยาบาลตากสิน

หลักการและเหตุผล

การประเมินการสูญเสียเลือดที่ถูกต้องแม่นยำให้ได้ค่าใกล้เคียงกับการสูญเสียเลือดจริง มีความสำคัญในการติดตาม เฝ้าระวังในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพิจารณาให้สารน้ำ และเลือดทดแทนในปริมาณที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นทีมวิสัญญีจำเป็นต้องมีความรู้ในการประเมินการสูญเสียเลือดให้ได้ค่าใกล้เคียงกับการสูญเสียเลือดจริง ซึ่งเป็นงานที่ท้าทายของทีมวิสัญญี การประเมินการสูญเสียเลือดได้ค่าที่แตกต่างกัน อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเลือดล่าช้า ไม่เพียงพอ หรือมากเกินไปจนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำและเลือด ได้แก่ ช็อก อวัยวะในร่างกายส่วนสำคัญเสียหายที่การทำงาน และหลังผ่าตัดผู้ป่วยฟื้นตัวช้า จากการสังเกตและทบทวนการปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินการสูญเสียเลือดของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดในโรงพยาบาลตากสิน พบว่า หน่วยงานวิสัญญีมีการประเมินการสูญเสียเลือดและการให้สารน้ำและส่วนประกอบของเลือดน้อยกว่าที่ผู้ป่วยควรได้รับร้อยละ 10 จนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำและชีพจรเร็ว ร่วมกับการประเมินการสูญเสียเลือดได้ค่าที่แตกต่างกันมากกว่าร้อยละ 20 เนื่องจากในหน่วยงานมีการประเมินการสูญเสียเลือดหลากหลายวิธี ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่วนใหญ่ประเมินการสูญเสียเลือดด้วยสายตา ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวกรวดเร็ว แต่มีโอกาสคลาดเคลื่อนได้สูง รองลงมาคือ ประเมินการสูญเสียเลือดด้วยการบวกลบตัวเลขของปริมาณการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดกับปริมาณน้ำล้างแผลผ่าตัดที่ใช้จริง ซึ่งวิธีนี้ต้องใช้เวลาในดูปริมาณการสูญเสียเลือดในวัสดุซับเลือดแต่ละชนิดระหว่างการผ่าตัด ร่วมกับสอบถามพยาบาลห้องผ่าตัดเกี่ยวกับปริมาณน้ำล้างแผลผ่าตัดที่ใช้ไป เมื่อมีการนำเลือดผู้ป่วยไปวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าฮีมาโทคริต พบว่า ส่วนมากประเมินการสูญเสียเลือดได้ค่าที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ผู้ขอรับการประเมินได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการประเมินการสูญเสียเลือดของผู้ป่วยในทุกการผ่าตัดให้มีการประเมิน ได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม จึงได้เสนอแนวคิดการจัดทำแฟ้มภาพ การประเมินการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรวิสัญญีในการประเมินการสูญเสียเลือดด้วยสายตาระหว่างการผ่าตัด ในโรงพยาบาลตากสิน นำไปสู่

การพัฒนาคุณภาพการบริการทางวิสัญญี ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบให้มีมาตรฐาน เพิ่มความแม่นยำ ในการประเมินการสูญเสียเลือด สามารถปฏิบัติได้จริงและง่ายต่อการนำไปใช้งานต่อไป

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อพัฒนา และเพิ่มประสิทธิภาพการประเมินการสูญเสียเลือดในการผ่าตัดด้วยสายตา ในหน่วยงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลตากสิน
2. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมีแฟ้มภาพ การประเมินการสูญเสียเลือด ที่เป็นแนวทางเดียวกัน และช่วยเพิ่มความแม่นยำในการประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดได้ดียิ่งขึ้น

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การประเมินการสูญเสียเลือดในห้องผ่าตัดให้ได้ค่าที่แม่นยำ ใกล้เคียงกับการสูญเสียเลือดจริง มีโอกาสคลาดเคลื่อนได้สูง เนื่องจากมีวัตถุประสงค์ในการดูดซับเลือด และการประเมินที่มีความหลากหลาย รูปแบบ รวมถึงผู้ประเมินมีประสบการณ์การทำงานน้อย ขาดความชำนาญในการประเมินการสูญเสียเลือด ในการผ่าตัด ทำให้การประเมินการสูญเสียเลือดคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง จึงได้เสนอแนวคิดการจัดทำ การประเมินการสูญเสียเลือดในห้องผ่าตัด โดยใช้แฟ้มภาพ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรวิสัญญี ในการประเมินการสูญเสียเลือดด้วยสายตาระหว่างการผ่าตัด ซึ่งมีความสำคัญในการพิจารณาการให้สารน้ำและ เลือดทดแทนในปริมาณที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีอุปกรณ์ในการประเมิน การสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากร ในหน่วยงานวิสัญญีวิทยา ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ควบคู่กับการนำทฤษฎีของกระบวนการรับรู้ทางสายตา (Visual perception) ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่ Visual reception กระบวนการจัดการข้อมูลที่มาจาก สิ่งแวดล้อม Visual cognitive function ความสามารถในการแปลผล และนำข้อมูลที่ได้ออกมาให้เห็นไปใช้ Visual imagery/Visualization ความสามารถในการคิดวางแผน การแก้ปัญหา Visual motor integration ความสามารถด้านการเคลื่อนไหวที่มีความสัมพันธ์กับการมองเห็น เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำ แฟ้มภาพ การประเมินการสูญเสียเลือดด้วยสายตาระหว่างการผ่าตัด เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานวิสัญญีมี ส่วนร่วมในการเสนอความคิด จากสิ่งที่ได้เรียนรู้หรือจากประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ได้รับรู้มาก่อนหน้านี้ มาประมวลผลและเก็บรวบรวม เพื่อวางแผนออกแบบผลงานให้ได้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้งาน มากที่สุด (เดมซังค์ คทวณิช, 2556) และได้นำแนวคิดวงจรเดมมิ่ง (Deming cycle) หรือ PDCA ย่อมาจาก 4 คำ ได้แก่ Plan (วางแผน) Do (ปฏิบัติ) Check (ตรวจสอบ) และ Act (การดำเนินการให้เหมาะสม) เข้ามา มีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ปัญหา ยกย่องคุณภาพงานให้เป็นระบบ ปรับปรุง และพัฒนาต่อยอดผลงาน อย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความสับสนในการทำงาน ป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วไม่เกิดซ้ำหรือลดความ รุนแรงของปัญหา (สมพร วงศ์วิฑูร, 2555) จึงได้นำเสนอแนวคิด เพื่อพัฒนาการประเมินการสูญเสียเลือดใน การผ่าตัด โดยใช้แฟ้มภาพสำหรับบุคลากรในหน่วยงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลตากสิน รวมทั้งวางแผน

จัดทำแบบประเมินผลหลังการใช้งาน เพื่อนำไปปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมต่อการใช้งานในครั้งต่อไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ มีมาตรฐาน และพัฒนาการบริการที่ดียิ่งขึ้นต่อไป โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบการประเมินการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดของบุคลากร ในหน่วยงานวิสัญญีก่อนใช้แฟ้มภาพ เพื่อนำมาวิเคราะห์ และประเมินผลภายหลังการใช้แฟ้มภาพประเมินการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด

2. เสนอหัวหน้าวิสัญญีพยาบาล เพื่อขอความคิดเห็นในการจัดทำแฟ้มภาพ การประเมินการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด เพื่อใช้ในหน่วยงานวิสัญญี

3. สร้างแฟ้มภาพ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรวิสัญญี ในการประเมินการสูญเสียเลือดด้วยสายตาระหว่างผ่าตัด โดยนำเลือดที่หมดอายุจากงานธนาคารเลือดมาเทใส่วัสดุซับเลือด ได้แก่ วัสดุซับเลือด gauze 4x4, gauze packing, roll gauze, throat swab, swab brain (cottonoid), cotton swab, dressing pad ที่มีอยู่ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตากสิน

4. ออกแบบการจดบันทึก ถ่ายภาพปริมาณของวัสดุซับเลือดแต่ละขนาดแล้วนำมาติดไว้ในแฟ้มบันทึกภาพ

5. ตรวจสอบคุณภาพของแฟ้มผลงาน โดยหัวหน้าวิสัญญีพยาบาล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการพัฒนา ความชัดเจนของภาษา และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

6. ทดลองใช้ภายหลังได้รับการอนุมัติจากหัวหน้าวิสัญญีพยาบาล ตามรูปแบบผลงานที่วางแผนไว้ โดยให้วิสัญญีพยาบาลทดลองใช้ 1 เดือน

7. ประเมินผลและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะทุก 3 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. วิสัญญีพยาบาล และทีมผ่าตัดมีทักษะความสามารถในการประเมินการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดแม่นยำ ใกล้เคียงกับปริมาณจริง

2. ทีมวิสัญญีได้เครื่องมือประกอบการตัดสินใจ ในการพิจารณาให้สารน้ำและเลือดทดแทนการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผลลัพธ์ของการประเมินการสูญเสียเลือด โดยใช้แฟ้มภาพประเมินการสูญเสียเลือดในห้องผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาลแต่ละบุคคล แตกต่างกันไม่เกินร้อยละ 5

2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการประเมินการสูญเสียเลือดผิดพลาด น้อยกว่าร้อยละ 1

3. มีแฟ้มหรือคู่มือการประเมินการสูญเสียเลือดในหน่วยงานวิสัญญี ในปีงบประมาณ 2562

ลงชื่อ..... ชัชญา ทวีพจน์

(นางสาวชัชญา ทวีพจน์)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 28 พ.ค. 2562

เอกสารอ้างอิง

เต็มศักดิ์ ทวณิช.(2556). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดบุ๊คเซ็น.

สมพร วงศ์วิธนู.(2555). การบริหารงานแผนโดยใช้วงจรเดมมิง (PDCA) ของ โรงเรียนขยายโอกาส
ทางการศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาเชียงราย เขต 2. วิทยานิพนธ์
ปริญญาคุรุศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารการศึกษา). คณะคุรุศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา.