

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทำหัตถ์ผ่าน
กล้องวิดีโอทัศน
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การจัดทำคู่มือและแบบบันทึกการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับ
ความรู้สึก

เสนอโดย

นางสาววันวิสาข์ กำสร

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 41)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทำหมันผ่านกล้องวิดิทัศน์
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน – 13 เมษายน พ.ศ.2549)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

การผ่าตัดทำหมันผ่านกล้องวิดิทัศน์ คือ การใช้กล้องส่องเพื่อช่วยในการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดทำหมันแห่งนี้จะทำให้ยากกว่าการทำหมันหลังคลอดเพราะมดลูกจะอยู่ต่ำลึกลงไปในช่องเชิงกราน ซึ่งอาจทำให้มีการเสียเลือดมาก มีบาดแผลกว้าง ปวดแผลหลังผ่าตัดมาก ดังนั้นการทำหมันผ่านกล้องวิดิทัศน์จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ดีที่สุดแพทย์เลือกนำมาใช้ในการทำผ่าตัดทำหมันแห่งนี้ โดยสูติแพทย์จะทำการเปิดแผลเล็ก ๆ บริเวณหน้าท้อง แล้วสอดท่อเพื่อใส่ก๊าซเข้าไปในช่องท้อง ทำให้ภายในช่องท้องมีช่องว่างพอที่จะมองเห็นและใส่เครื่องมือเข้าไปทำผ่าตัดได้ ผู้ป่วยจะถูกจัดให้อยู่ในท่าลิโธโตมิ(lithotomy)ร่วมกับศีรษะต่ำเพื่อให้มองเห็นอวัยวะภายในช่องเชิงกรานได้ชัดเจนยิ่งขึ้นซึ่งมีข้อดี คือ แผลผ่าตัดเล็ก มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อย เกิดแผลติดเชื้อและแผลแยกน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้เร็ว มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจน้อย อยู่โรงพยาบาลระยะสั้นลง ประหยัดค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงสนใจที่จะทำการศึกษาข้อมูล เทคนิค และแนวทางการระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นแนวทางในการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ด้านอื่น ๆ

3.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก

ต้องซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด ตรวจการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ ผู้ป่วยที่มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือมีโรคทางเดินหายใจถูกอุดกั้นเรื้อรังไม่ควรใช้วิธีผ่าตัดทำหมันผ่านกล้องวิดิทัศน์ เพราะภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดที่เพิ่มขึ้นจะกดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้ความดันโลหิตลดลงและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจหาค่าฮีมาโตคริต ฮีโมโกลบิน การแข็งตัวของเลือด การตรวจหาค่าบิยูเอ็น , ครีเอตินิน เพื่อดูการทำงานของไตและตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของตับซึ่งจะมีความสำคัญในการเลือกใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ การเตรียมเลือดอาจจำเป็นในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องเพราะอาจมีการเสียเลือดได้มากกว่าปกติ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจภาพรังสีทรวงอกเพื่อดูขนาดของหัวใจและพยาธิสภาพของปอด ผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่จัดควรแนะนำให้งดสูบบุหรี่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อให้ร่างกายมีปริมาณฮีโมโกลบินเพียงพอในการจับกับออกซิเจน และเพื่อให้การขับเสมหะและการไอมีประสิทธิภาพภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ตั้งเกตสีหน้าและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามรวมทั้งให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

3.2 การเฝ้าระวังที่สำคัญและจำเป็น ได้แก่

3.2.1 การสังเกตสีผิวและลักษณะการหายใจ การคลำชีพจร คลำผิวหนังบริเวณช่องท้อง ทรวงอก และลำคอเพื่อเฝ้าระวังภาวะมีลมแทรกอยู่ใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) โดยทำเป็นระยะ ๆ

3.2.2 การใช้อุปกรณ์ช่วยเฟ้ระวัง ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก เครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้ว ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าใน 1 นาที และ แรงดันของทางเดินหายใจ

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อมีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องและการจัดทำ

3.3.1 ผลต่อระบบหายใจ เมื่อใส่ก๊าซเข้าไปในช่องท้อง ความดันในช่องท้องจะเพิ่มขึ้น ปริมาตรของช่องทรวงอกลดลง บริเวณด้านล่างของปอดจะถูกกด กะบังลมและปอดขยายตัวได้น้อย ความยืดหยุ่นของปอดลดลง ประมาณร้อยละ 30-50 และปริมาตรอากาศสำรองในปอดลดลง ทำให้อัตราส่วนระหว่างการหายใจต่อปริมาณเลือดที่ไหลผ่านถุงลมปอดเปลี่ยนแปลง ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดเพิ่มขึ้น อาจทำให้ความเป็นกรดในเลือดและเนื้อเยื่อต่างๆเพิ่มสูงขึ้น เป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจและไตเปลี่ยนแปลงไป

3.3.2 ผลต่อระบบไหลเวียนเลือด มีการตีบของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ค่าความดันโลหิตสูงขึ้น ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจอาจเพิ่มขึ้น ลดลงหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความดันในช่องท้อง พบว่าถ้ามีค่าความดันในช่องท้องสูงกว่า 15 มิลลิเมตรปรอทจะเริ่มมีการกดบีบหลอดเลือดดำใหญ่ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ และไหลออกจากหัวใจ ลดลง

3.3.3 ระบบอื่น ๆ ได้แก่ ระบบประสาทอาจเกิดการดึงรั้งหรือกดทับเส้นประสาท sciatic อาจมีการเลื่อนหลุดของข้อต่างๆ เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก และกระดูกอื่นๆ รวมถึงมีอาการปวดเมื่อยแหว และหลัง

3.4 ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไข

3.4.1 ภาวะมีลมแทรกอยู่ใต้ผิวหนัง ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใส่เข้าไปในช่องท้องอาจรั่วออกไปอยู่นอกช่องท้องทางแผลผ่าตัด จะพบว่ามีลมแทรกอยู่ใต้ผิวหนังบริเวณช่องท้อง ทรวงอก ลำคอ และช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งถ้าพบภาวะนี้ต้องรีบบอกให้สูติแพทย์ทราบ เพื่อหยุดการผ่าตัดชั่วคราว และปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากช่องท้อง เพิ่มการหายใจเพื่อเพิ่มการขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกทางปอดจนค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกอยู่ในระดับปกติ จึงเริ่มผ่าตัดใหม่

3.4.2 ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด , มีลมในผนังก้นกลางช่องอก , มีลมในถุงหุ้มหัวใจ เมื่อใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องทำให้ความดันในช่องท้องสูงขึ้นร่วมกับการมีช่องทางติดต่อระหว่างช่องท้องกับช่องอกที่มีอยู่เดิม หรือจากการผ่าตัดที่ทำให้เกิดการฉีกขาด จะตรวจพบค่าแรงดันของทางเดินหายใจเพิ่มสูงขึ้น ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้วลดลง ฟังเสียงลมหายใจเข้าปอดได้น้อยลง แก้ไขโดยให้สูติแพทย์หยุดการผ่าตัดและลดความดันในช่องท้อง หยุดการใช้ก๊าซไนตรัสออกไซด์ ให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ เพิ่มการช่วยหายใจเพื่อขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออก ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องปอดจะถูกดูดซึมไปภายใน 30-60 นาที

3.4.3 ภาวะหลอดเลือดอุดตันโดยก๊าซ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้น้อยมาก แต่เป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรงจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เกิดจากการผ่าตัดทำให้หลอดเลือดฉีกขาด ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จึงไหลเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดไปอุดอยู่บริเวณหลอดเลือดดำเวนาคาวาและหัวใจห้องบนขวา ทำให้ปริมาณเลือด

ที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจและไหลออกจากหัวใจลดลง เมื่อพบค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกลดลงอย่างรวดเร็ว ร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้วลดลง ให้หยุดใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ทันทีและปล่อยลมออกจากช่องท้อง ไชศิริระผู้ป่วยให้ดื่มน้ำ ปิดก๊าซในถังสต็อกไซด์ และเปิดออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ เพิ่มการช่วยหายใจเพื่อช่วยขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ถ้ายังไม่ได้ผลต้องรีบใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อดูดฟองก๊าซออกมา

3.4.4 ท่อช่วยหายใจเลื่อนจากตำแหน่งที่เหมาะสม จากการจัดท่าและจากก๊าซที่ใส่เข้าไป ในช่องท้องซึ่งดันกะบังลมให้สูงขึ้น จึงควรตรวจตำแหน่งท่อช่วยหายใจเป็นระยะ ๆ

3.4.5 การสำลักสิ่งอาเจียนเข้าปอด มีโอกาสเกิดเนื่องจากการเพิ่มความดันในช่องท้องที่สูงขึ้น และการจัดท่าศีรษะต่ำ การป้องกันคือ ต้องมีการงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง การใส่ท่อช่วยหายใจที่มี กระเปาะและใช้ความดันในช่องท้องที่น้อยกว่า 15 มิลลิเมตรปรอท

3.5 ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา

โพรโพรฟอล อยู่ในกลุ่มแอสีลฟีนอล เป็นของเหลวสีขาวขุ่น มีค่าความเป็นกรดต่างเท่ากับ 7 ละลายในไขมันได้ดีจึงมีปริมาตรการกระจายของยาสูง มีการกระจายยากกลับอย่างรวดเร็วทำให้หมดฤทธิ์เร็ว ถูกทำลายที่ตับ ขนาดที่ใช้ 1.5-2.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม การฉีดยาทางหลอดเลือดดำทำให้เจ็บปวด ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาททำให้ผู้ป่วยหลับเร็วภายใน 30 วินาที และตื่นเร็วภายใน 5-10 นาที ตื่นดีโดยไม่มีอาการ มีนงง หรือ คลื่นไส้ อาเจียน ลดความดันภายในกะโหลกศีรษะ กดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และกดการหายใจ

ชักชนิดโคลีน เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิดดีโพลาร์ไรซิง มีลักษณะโครงสร้างคล้ายอะซีติลโคลีน ออกฤทธิ์จับที่อะซีติลโคลีนรีเซพเตอร์ทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย เริ่มจากบริเวณใบหน้า คอ และ แขนขาจนอ่อนล้าไปจนถึงที่สุดแสดงว่ายาออกฤทธิ์หย่อนกล้ามเนื้อเต็มที่แล้วทำให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ การหดตัวของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงขึ้นส่งผลให้ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันในกระเพาะอาหาร ในกะโหลกศีรษะ และในลูกตาเพิ่มสูงขึ้นได้ ไม่สามารถแก้ฤทธิ์ได้ด้วย แอนตี้โคลีนเนสเตอราสหรือยาแก้ฤทธิ์อื่นๆ แต่ถูกทำลายด้วยเอนไซม์พลาสมาสโคโคลีนเนสเตอราสจากตับ ขนาดที่ใช้ 1-2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทางหลอดเลือดดำ ออกฤทธิ์เร็วภายใน 30-60 วินาที อยู่ยาวนานประมาณ 3-5 นาที ฉีดยาทางกล้ามเนื้อได้ในขนาด 2-4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ทราครีียม เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิดนอนดีโพลาร์ไรซิง ระยะเวลาการออกฤทธิ์ปานกลาง ขนาด ที่ใช้ 0.6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทางหลอดเลือดดำเพื่อการใส่ท่อช่วยหายใจ และขนาด 0.3-0.5 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทางหลอดเลือดดำเพื่อหย่อนกล้ามเนื้อ ออกฤทธิ์ภายใน 90-120 วินาที อยู่นาน 20-40 นาที มีผลกดปมประสาทเล็กน้อยและกระตุ้นการหลั่งฮีสตามีน ควรระวังในผู้ป่วยที่เป็นหืดเพราะอาจทำให้เกิดหลอดลม หดเกร็ง ยามีการสะสมน้อยมาก สามารถสลายตัวเองโดยปฏิกิริยา ฮอฟแมนอิลิมีเนชัน และ เอสเตอร์ไฮโดรไลซิส ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นที่อุณหภูมิและความเป็นกรดต่างของร่างกาย โดยไม่ขึ้นกับการทำงานของตับ ไต และเอนไซม์

มอร์ฟิน เป็นยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์กระตุ้นรีเซพเตอร์ มีผลยับยั้งการหลั่งเอ็คไซเทโทรี นิวโรทรานสมิตเตอร์จากพรีซินแนปติก และกวดการตอบสนองของเซลล์ประสาทที่โพสซินแนปติกทำให้ความเจ็บปวดถูกระงับทั้งที่สมองและไขสันหลัง ขนาดที่ใช้ 0.1-0.2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทางหลอดเลือดดำ เริ่มออกฤทธิ์ 10-15 นาที และอยู่นาน 4-5 ชั่วโมง ละลายในไขมันได้น้อย จับกับโปรตีนประมาณร้อยละ 23-36 และถูกทำลายที่ตับขับออกทางไต ออกฤทธิ์ระงับปวดโดยเพิ่มความสามารถที่จะทนต่อความเจ็บปวดของลิบิคซิสเต็ม กดศูนย์เวโซมอเตอร์และนิวเคลียสของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ในสมองส่วนแมดัลลาทำให้หลอดเลือดขยายตัวและความดันโลหิตลดลงเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ กระตุ้นนิวเคลียสของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 ทำให้รู้ม่านตาเล็ก กระตุ้นตัวรับการกระตุ้นจากสารเคมีทำให้คลื่นไส้ อาเจียน กดการไอที่ศูนย์ควบคุมการไอในสมองส่วนแมดัลลา กดอัตราการหายใจแต่ปริมาตรการหายใจเข้าออกในแต่ละครั้งยังคงปกติ การทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง ลดการหลั่งกรดน้ำย่อย ทำให้ท้องผูกเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดที่ลำไส้เล็ก (sphincter of Oddi) เพิ่มการหลั่งฮีสตามีนทำให้เกิดอาการแพ้ และเพิ่มการหลั่งแอนตี้ไดยูเรติก ฮอร์โมน ทำให้ปัสสาวะน้อยลง

ไดอะซีแพม ขนาดที่ใช้ 0.3-0.6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เป็นยาที่ไม่ละลายน้ำ มีค่าความเป็นกรดค่าระหว่าง 6.6-6.9 ทำให้เจ็บปวดเวลานี้ดยาทางหลอดเลือดดำ และอาจทำให้หลอดเลือดดำอักเสบได้ การเจือจางด้วยน้ำเกลืออาจทำให้ยาขุ่นแต่ไม่เปลี่ยนแปลงคุณภาพของยา ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางอย่างรวดเร็วภายใน 2-3 นาที ทำให้หมดสติ และกดอินเตอร์นันเซชันนิวรอนที่แอนทีเรียฮอนเซลล์ในไขสันหลังทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ใช้เป็นยาป้องกันการชักในขนาด 0.2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม กดการหายใจโดยลดปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าในแต่ละครั้งและทำให้คาร์บอนไดออกไซด์ค้าง

ไนตรัสออกไซด์ เป็นก๊าซไม่มีสี ไม่มีกลิ่น ไม่ระคายเคืองเยื่อหุ้มหัวใจ มีฤทธิ์เป็นยาสลบชนิดอ่อนมาก จึงต้องบริหารร่วมกับยาสลบชนิดอื่น ออกฤทธิ์เพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมอง เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะเล็กน้อย และเพิ่มการใช้ออกซิเจนของเซลล์สมอง กระตุ้นประสาทซิมพาเทติก มีการเพิ่มระดับแคลทโทโคลามีนซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ในกรณีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือมีภาวะพร่องเลือด/พร่องน้ำรุนแรง จะทำให้ความดันโลหิตต่ำมาก เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก๊าซไนตรัสออกไซด์จะถูกขับออกจากร่างกายทางลมหายใจออกมีเพียงส่วนน้อยที่ถูกขับออกทางผิวหนัง

เซโวฟลูเรน เป็นของเหลวใส ไม่มีสี มีกลิ่นอ่อน ไม่ฉุน มีความคงตัวดี ไม่ระคายเคืองทางหายใจ และมีความสามารถในการละลายของยาในเลือดต่ำทำให้มีความเข้มข้นของยาในถุงลมปอดเพิ่มได้รวดเร็ว และฟื้นจากการสลบได้เร็ว อาจเกิดพิษต่อไตจากคอมพาร์ท เอ ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากเซโวฟลูเรนทำปฏิกิริยากับโซดาไลม์ ในวงจรดมยาสลบ

โปรสติกมีน เป็นสารจำพวกควอเตอร์นารีแอมโมเนียมใช้ในการแก้ฤทธิ์ยาห่อนกล้ามเนื้อ ขนาดที่ใช้คือ 0.05-0.08 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต้องให้ร่วมกับยากลุ่มแอนตี้มัสคารินิกเสมอ เนื่องจากยาส่งผลให้เกิดฤทธิ์มัสคารินิกรุนแรงคือทำให้หัวใจเต้นช้า ยาจะเริ่มออกฤทธิ์ใน 2-5 นาที มีผลเต็มที่ 7-10 นาที และอยู่ได้นาน 40-60 นาที

อะโทรปีน เป็นยากลุ่มแอนตี้มาสคารินิก มีฤทธิ์ต่อหัวใจและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด มักใช้แก้ไขภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ ควรระวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพราะอาจเกิดอันตรายเมื่อหัวใจเต้นเร็ว ขนาดยาที่ฉีดทางหลอดเลือดดำ 0.01-0.02 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม อาจให้ได้ถึง 2 มิลลิกรัม หรือให้ยาในขนาด 0.02-0.04 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมร่วมกับโปรสติกมีนเพื่อต้านฤทธิ์มาสคารินิก นอกจากนี้ยังสามารถให้เป็นยาก่อนนำสลบเพื่อลดสารคัดหลั่ง

4.สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีบุตร 2 คน บุตรคนสุดท้องอายุ 6 ปี ผู้ป่วยต้องการทำหมัน แพทย์นัดมาผ่าตัดทำหมันผ่านกล้องวิดิทัศน์ วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2549 รับผู้ป่วยไว้ที่หอผู้ป่วยพิเศษ เลขที่ภายนอก 23153/46 เลขที่ภายใน 2782/49 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับการตรวจร่างกายตามระบบดังนี้คือ ระบบหายใจและทรวงอก ฟังเสียงหายใจไม่พบเสียงผิดปกติ จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีก้อนบริเวณทรวงอก ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจเต้นปกติ 74 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท สามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่เหนื่อยง่าย ไม่เจ็บแน่นหน้าอก สีผิวปกติ ไม่ซีด ผิวหนังมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส แขนขาไม่อ่อนแรง น้ำหนักตัว 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เวลา 15.30 น. เริ่มตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยโดยแนะนำตนเองว่าเป็น วิชาญพยาบาล ชักประวัติพบว่าผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ตรวจดูลักษณะใบหน้า คาง ช่องปาก ฟัน ลำคอ ประเมินความยากง่ายของการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้ Mallampati เกรด 1 คือสามารถมองเห็นอวัยวะภายในช่องปากได้ชัดเจน ได้แก่ เพดานอ่อน ลิ้นไก่ ขอบล่างของต่อมทอนซิล (tonsillar pillars) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการระงับความรู้สึก แนะนำการเตรียมร่างกายให้สะอาด การงดอาหารและน้ำทางปากตั้งแต่เวลา 24.00 น. ของวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2549 สอนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการปฏิบัติตัวในระยะหลังการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและลดความวิตกกังวล

การวางแผนให้การระงับความรู้สึก เลือกเทคนิคการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโดยการให้ยาดมสลบชนิดไอระเหยร่วมกับยาหย่อนกล้ามเนื้อและยาระงับปวด เตรียมยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก เครื่องมือและอุปกรณ์ ต่าง ๆ ได้แก่ เตรียมและตรวจสอบเครื่องดมยาสลบให้พร้อมใช้งาน อุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น หน้ากากครอบ ท่อเปิดทางเดินหายใจทางปากและทางจมูก เครื่องเปิดส่องทางเดินหายใจ พร้อมทั้งตรวจสอบหลอดไฟให้สว่างและแน่นเพียงพอ ท่อช่วยหายใจ ขนาดเบอร์ 7.5 และ 7 พร้อมแกนนำคริมหล่อลื่นใช้หล่อลื่นแกนนำสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ กระจกชนิดขนาด 10 มิลลิเมตรสำหรับเป่าลมเข้าและดูดลมออกจากกระเปาะของท่อช่วยหายใจ หูฟังสำหรับฟังเสียงลมหายใจเพื่อตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ สายยางสำหรับดูดใช้ต่อกับเครื่องดูดเสมหะ สายยางดูดเสมหะขนาดเบอร์ 14 ปลาสเตอร์สำหรับติดท่อช่วยหายใจ

เตรียมอุปกรณ์เฝ้าระวัง ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้ว เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก

การดูแลผู้ป่วยระยะให้การระงับความรู้สึก วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 09.30 น. เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องรอผ่าตัด ตรวจสอบประวัติของผู้ป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบสภาพร่างกายทั่วไป การถอดเครื่องประดับ การงดอาหารและน้ำทางปาก การลงนามยินยอมรับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ตรวจสอบตำแหน่งของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่ให้มีการรั่วซึมหรืออักเสบ และสารน้ำไหลสะดวกดี ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น LRS มาจากหอผู้ป่วยเหลือจำนวน 750 มิลลิลิตร นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 09.45 น. ติดเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 133/89 มิลลิเมตรปรอท ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนนาน 5 นาที เพื่อสำรองออกซิเจนไว้ในปอดก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ยาระงับปวดมอร์ฟีน 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำและยาสงบประสาทไดอะซีแพม 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นให้ยานาสลบโพรโพล 100 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ผู้ป่วยหลับเร็ว ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อซัคซินิลโคลีน 75 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ แล้วช่วยหายใจผ่านทางหน้ากากครอบ รอจนยาออกฤทธิ์เต็มที่ประมาณ 60 วินาที ใช้เครื่องเปิดช่องทางเดินหายใจ เปิดทางเดินหายใจจนเห็นสายเสียงจึงใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อท่อช่วยหายใจเข้ากับวงจรดมยาสลบและเครื่องดมยาสลบ ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจโดยฟังเสียงปอดทั้งสองข้างได้ยินเท่ากัน การเคลื่อนไหวของทรวงอกทั้งสองข้างเท่ากัน ยึดติดท่อช่วยหายใจด้วยพลาสติกความลึกของท่อช่วยหายใจอยู่ที่ 20 เซนติเมตรที่มุมปาก เปิดก๊าซไนตรัสออกไซด์และออกซิเจนอัตราส่วน 2:2 ลิตรต่อนาที ยادمสลบเซโวฟลูเรน 2 เปอร์เซ็นต์ ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์ปานกลางคือ ทราเครียม 25 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ติดเครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ดูแลจัดทำผู้ป่วยร่วมกับสูติแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดให้อยู่ในท่าลิโธโตมิร่วมกับศีรษะต่ำ วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความดันโลหิต 120/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-90 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ความคุมการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที และปรับปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าในแต่ละครั้ง 600 มิลลิลิตร ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 28 มิลลิเมตรปรอท ค่าแรงดันของทางเดินหายใจ 14 เซนติเมตรน้ำ เมื่อแพทย์เริ่มใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกสูงขึ้นถึง 39 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับค่าแรงดันของทางเดินหายใจที่สูงขึ้นถึง 23 เซนติเมตรน้ำ จึงปรับลดปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าในแต่ละครั้งเป็น 470 มิลลิลิตร เพิ่มอัตราการหายใจเป็น 14 ครั้งต่อนาที เพื่อแก้ไขภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดที่สูงขึ้น ความคุมระดับการระงับความรู้สึกให้คงที่โดยการเติมยาทราเครียม 10 มิลลิกรัมเมื่อเวลาผ่านไป 30 นาทีจากการให้ยาครั้งแรก ปรับลดอัตราส่วนระหว่างก๊าซไนตรัสออกไซด์และออกซิเจนเป็น 1:1 ลิตรต่อนาที และปรับลดยادمสลบเซโวฟลูเรนเป็น 1 เปอร์เซ็นต์ เฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา พร้อมจดบันทึก เพื่อให้การแก้ไขและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่อย่างเพียงพอ

ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้เสียเลือดปริมาณเล็กน้อยและได้รับสารน้ำ LRS จำนวน 750 มิลลิลิตร ปัสสาวะออกในหนึ่งชั่วโมง จำนวน 70 มิลลิลิตร เมื่อการผ่าตัดสิ้นสุดปิดบาดแผลแผลเซโวฟลูเรนและก๊าซไนตรัสออกไซด์ ให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ อัตรา 6 ลิตรต่อนาที ตรวจสอบระยะเวลาของการได้หายใจย้อนกลัมน้ำเนื้อครั้งสุดท้ายได้ 25 นาที จึงให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหายใจย้อนกลัมน้ำเนื้อ คือ โพรสติกมีน 2.5 มิลลิกรัม ร่วมกับอะโทรปีน 1.2 มิลลิกรัม ช่วยหายใจจนผู้ป่วยตื่น สามารถหายใจได้แรง สม่่าเสมอ ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าในแต่ละครั้งจากเครื่องช่วยหายใจได้ประมาณ 300-350 มิลลิลิตรและทำตามคำสั่งได้ คือ ลืมตา อ้าปาก ยกมือและกำมือได้แรง จึงดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากจนหมด แล้วถอดท่อช่วยหายใจและให้สูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ทางหน้ากากครอบ อัตรา 6 ลิตรต่อนาที นานประมาณ 5 นาที ทรวงอกมีการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ จึงย้ายไปห้องพักฟื้น

การดูแลผู้ป่วยระยะหลังการได้รับการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย หลังแต่ปลุกตื่นและทำตามคำสั่งได้ ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน สังเกตการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้งต่อนาที วัดสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที จนสัญญาณชีพคงที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ และวัดสัญญาณชีพต่อทุก 15 นาที ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/60 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้ว 98-100 เปอร์เซ็นต์ ริมฝีปากและเล็บเป็นสีชมพู ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยเพื่อป้องกันการหนาวสั่น ติดตามและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การให้สารน้ำและจำนวนปัสสาวะที่ออก พร้อมทั้งบันทึก ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ NSS จำนวน 350 มิลลิลิตร ยังไม่มีอาการปวดแผล ค่าคะแนนอัลเตรด (Aldretds score) เท่ากับ 10 คะแนน ประกอบด้วยความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้ 2 คะแนน คือสามารถยกแขนและขาได้เองทั้ง 4 ส่วน ความสามารถในการหายใจได้ 2 คะแนน คือหายใจได้เองและไอได้ การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตเปรียบเทียบกับความดันโลหิตก่อนการผ่าตัดได้ 2 คะแนน คือค่าความดันซิสโตลิกที่วัดได้เพิ่มขึ้นหรือลดลงไม่เกินร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับความดันโลหิตก่อนการผ่าตัด ระดับความรู้สึกตัวและการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้ 2 คะแนน คือ ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ถูกต้อง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงโดยวัดจากปลายนิ้วได้ 2 คะแนน คือ มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ จึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นได้ภายในเวลา 2 ชั่วโมง

วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 9.00 น. เยี่ยมอาการผู้ป่วย พบว่ามีอาการเวียนศีรษะ ปวดแผล และเจ็บคอเล็กน้อย แขนขาขยับได้ ไม่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือขาชา อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของอาการเจ็บคอที่เกิดขึ้นและแนะนำให้จิบน้ำอุ่นบ่อย ๆ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ลุกเดินเพื่อช่วยลดอาการท้องอืด

วันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 09.00 น. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่เวียนศีรษะ ไม่ปวดแผล แผลไม่มีเลือดซึม ลุกเดินได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ จึงให้คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเกี่ยวกับการดูแลแผล การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการกลับมาพบแพทย์ตามนัด รวมระยะเวลาในการดูแลรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ คือ 4 วัน ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกและการจัดทำ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทำหมันผ่านกล้องวิดิทัศน์ โดยรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยพิเศษ เมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2549 ได้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ชักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว การแพ้ยา การแพ้อาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้ยาเสพติด ประวัติการผ่าตัดในอดีต รวมถึงอาการสำคัญที่นำมา การตรวจร่างกาย และการตรวจดูลักษณะใบหน้า คาง ช่องปาก ฟัน ถ้าคอเพื่อประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการระงับความรู้สึก แนะนำการเตรียมร่างกายให้สะอาด การงดอาหารและน้ำทางปากตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2549 สอนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการปฏิบัติตัวในระยะหลังการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและลดความวิตกกังวล นำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยมาวางแผนให้การระงับความรู้สึกโดยเลือกเทคนิคการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยให้ยาคมสลบชนิดไอระเหยร่วมกับยาหย่อนกล้ามเนื้อและยาระงับปวดซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมเนื่องจากสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย สะดวกในการจัดทำ สามารถทำผ่าตัดได้อย่างราบรื่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกแน่นอึดอัดเมื่อความดันในห้องท้องเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งสามารถติดตามเส้นแรงและแก้ไขการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจได้ง่าย เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกให้พร้อมใช้ ดูแลผู้ป่วยระยะให้การระงับความรู้สึกโดยเส้นแรงและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขณะให้การระงับความรู้สึกอัตราการเต้นของหัวใจ 60-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกอยู่ในช่วง 28-39 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันในทางเดินหายใจเข้าอยู่ในช่วง 14-23 เซนติเมตรน้ำ ศูนย์เสียดเลือดปริมาณเล็กน้อยและได้สารน้ำ LRS จำนวน 750 มิลลิลิตร ปัสสาวะออกในชั่วโมงแรกจำนวน 70 มิลลิลิตร เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดปิดยาคมสลบซิวฟลูเรนและก๊าซไนตรัสออกไซด์ ให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ อัตรา 6 ลิตรต่อนาที เมื่อให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ คือ โพรสติกมีน 2.5 มิลลิกรัม ร่วมกับอะโทรปีน 1.2 มิลลิกรัม ช่วยหายใจจนผู้ป่วยตื่น สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอและทำตามคำสั่งได้ จึงถอดท่อช่วยหายใจและให้สูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ทางหน้ากากครอบ อัตรา 6 ลิตรต่อนาที จึงย้ายไปห้องพักฟื้น ดูแลผู้ป่วยระยะหลังการได้รับการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โดยให้สูดดมออกซิเจนต่อ เส้นแรงและติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมง ภายหลังการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการระงับความรู้สึก ไม่ปวดแผล ช่วยเหลือตัวเองได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2549 จึงให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และมาพบแพทย์ตามนัด

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทำหมันผ่านกล้องวิดิทัศน์ได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก
2. เป็นแนวทางสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทำหมันผ่านกล้องวิดิทัศน์
3. เป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการพยาบาลและเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้มีอาการเจ็บป่วย แพทย์นัดมาเพื่อผ่าตัดทำหมันเท่านั้น โดยเป็นการผ่าตัดทำหมันแห้งซึ่งทำได้ยากกว่าการทำหมันหลังคลอด เพราะมดลูกจะอยู่ต่ำลึกลงไปในช่องเชิงกราน อาจทำให้มีการเสียเลือดมาก แผลกว้าง ปวดแผลหลังผ่าตัดมาก และอยู่โรงพยาบาลนาน ดังนั้น การผ่าตัดทำหมันผ่านกล้องวิดิทัศน์ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งของสูติแพทย์ที่เลือกนำมาใช้ในการผ่าตัดทำหมันแห้ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้นหลังผ่าตัด ปวดแผลน้อยและอยู่โรงพยาบาลระยะสั้นลง แต่การผ่าตัดทำหมันผ่านกล้องวิดิทัศน์มีข้อควรระวังคือขณะระงับความรู้สึกมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการระงับความรู้สึก เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และยา ตลอดจนการหาแนวทางป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ในขณะที่ให้การระงับความรู้สึกและภายหลังการระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถกลับบ้านได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา


1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ภายหลังได้รับการตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการระงับความรู้สึกได้เป็นอย่างดี
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนและภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงเนื่องจากการหายใจถูกกด และจากการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับมีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ภายหลังการตรวจเยี่ยมประเมินได้นำข้อมูลของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนให้การระงับความรู้สึก โดยเลือกให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป รวมทั้งการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และยาให้พร้อมใช้ ตลอดจนการเฝ้าระวังขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ ไม่พบภาวะขาดออกซิเจนและภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับบ้านได้ภายในเวลา 3 วันหลังผ่าตัด

3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การสำลักสิ่งอาเจียนเข้าปอด และการเกิดอันตรายต่อระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและเส้นประสาท sciatic เนื่องจากการจัดท่าลิ โธ โตมีร่วมกับศีรษะต่ำภายหลังการตรวจเยี่ยมประเมินได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับบดน้ำงดอาหารตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2549 ก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการสำลักสิ่งอาเจียนเข้าปอด ซึ่งผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด และขณะให้การระงับความรู้สึกได้ให้การดูแลจัดทำร่วมกับสูติแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจเป็นระยะ ๆ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ ไม่มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดการสำลักสิ่งอาเจียนเข้าปอด และไม่เกิดอันตรายต่อระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และเส้นประสาท sciatic

10. ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการผ่าตัดอื่น ๆ ที่ผ่านกล้องวิดิทัศน์ เพื่อนำความรู้มาพัฒนาการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยรายอื่นได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย
2. บุคลากรควรได้รับการฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยได้มาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันการฟ้องร้องที่อาจเกิดขึ้นได้
3. บุคลากรควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเทคนิคและวิทยาการใหม่ ๆ เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเพื่อนำไปปรับปรุงการทำงานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)..... 

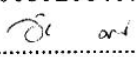
(นางสาววันวิสาข์ กำสร)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

30 / 10 / 51

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางอัจฉรา สุประดิษฐ์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่) 13 0 ก.ค. 2551

(ลงชื่อ)..... 

(นายพิชญา นาควัชระ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน

ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่) 13 1 ก.ค. 2551

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาววันวิสาข์ คำศร**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)
(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 311) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร

เรื่อง การจัดทำคู่มือและแบบบันทึกการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกลึก

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่มารับบริการการระงับความรู้สึกลึกเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย และผู้ป่วยแต่ละรายมีความเสี่ยงจากการระงับความรู้สึกลึกแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วย โรคประจำตัว การได้รับยาบางชนิด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ หรือการเสพยาเสพติด รวมถึงอายุที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลได้เยี่ยมประเมินสภาพผู้ป่วยทำให้ทราบข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างละเอียด ครบถ้วน สามารถนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนให้การระงับความรู้สึกลึกได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังสามารถให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการได้รับการระงับความรู้สึกลึกและการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อีกด้วย จากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้งดน้ำงดอาหารจำนวน 6 ราย ผู้ป่วยไม่ได้งดรับประทานยา ASA จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยมีเกล็ดเลือดต่ำจำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมีภาวะซีดจำนวน 4 ราย และยังมีจ้องเลือดไม่ได้ จำนวน 2 ราย ซึ่งถ้ามีการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกลึกก็จะทำให้ทราบถึงปัญหาและมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และศัลยแพทย์ เพื่อหาแนวทางแก้ไขก่อนที่จะมาถึงห้องผ่าตัด ช่วยให้ไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่าย รวมถึงไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจทั้งตัวผู้ป่วยเองหรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ตาม

วัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึกลึกอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวมทั้งได้รับข้อมูล ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
2. เพื่อนำข้อมูลของผู้ป่วยมาวินิจฉัยปัญหา และวางแผนการระงับความรู้สึกลึกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการระงับความรู้สึกลึก
3. เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานวิสัญญีวิทยามีแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกลึกอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นแนวทางเดียวกัน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด

การประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาภาวะรับรู้สติเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากการเฝ้าระวังภาวะรับรู้สติและการดูแลในระยะพักฟื้น เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ทำให้ทราบ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สามารถวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้สติและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการรับรู้สติ เลือกวิธีการรับรู้สติ จัดเตรียมอุปกรณ์และยาที่จะใช้ในการรับรู้สติได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้การรับรู้สติดำเนินไปด้วยความราบรื่น ลดโอกาสการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการรับรู้สติ เนื่องจากหน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลสิรินธรยังไม่มีแนวทางในการ ประเมินสภาพผู้ป่วยที่ชัดเจน บุคลากรมีวิธีการประเมินผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วย ไม่ครบถ้วน ไม่ทราบถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยโดยละเอียด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับรู้ สติได้ จึงเสนอในที่ประชุมหน่วยงานให้มีการจัดทำคู่มือและแบบบันทึกการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการ รับรู้สติเพื่อให้มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้อง ได้ข้อมูลครบถ้วน ตรงกัน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

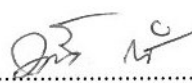
1. เสนอแนวคิดการจัดทำคู่มือและแบบบันทึกการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการรับรู้สติให้ ถูกต้องครบถ้วน ตรงกัน ในที่ประชุมหน่วยงาน
2. ศึกษารูปแบบการทำคู่มือและแบบบันทึกการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการรับรู้สติจากสถาบันอื่นๆ
3. ศึกษา ค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจากตำราและเอกสารทางวิชาการ
4. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า มาจัดทำคู่มือและแบบบันทึกการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อน การรับรู้สติ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล อายุ เพศ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ASA class ประวัติการ เจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว การรักษา/ยาที่ได้รับเป็นประจำ การแพ้ยา/อาหาร ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการผ่าตัดและการรับรู้สติในอดีต รวมถึงประวัติบุคคลในครอบครัวเคยมีปัญหาในการรับรู้ สติ การประเมินสภาพผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ การก้มและเงยคอ การหายใจ สีผิว การรณรงค์อาหาร การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ การตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก การจ้องเลือด แผนการรับรู้สติและการให้คำแนะนำ
5. ตรวจสอบคู่มือและแบบบันทึกการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการรับรู้สติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาทดลองใช้เป็นเวลา 3 เดือน
6. ประชุมร่วมกันในหน่วยงานเพื่อประเมินผลการใช้แบบบันทึกการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการ รับรู้สติและปรับปรุงแก้ไข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินสภาพความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึกอย่างถูกต้อง ครบถ้วน
2. ผู้ให้การระงับความรู้สึกนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพมาใช้วางแผนการระงับความรู้สึกและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
3. บุคลากรในหน่วยงานวิสัญญีมีแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนการระงับความรู้สึกเป็นร้อยละ 100
2. อัตราการยกเลิกหรือเลื่อนผ่าตัดไม่เกินร้อยละ 3

(ลงชื่อ).....

(นางสาววันวิสาข์ กำสร)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....30, 7. ๑, ๕1.....