

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น
เรื่อง จัดทำแผ่นพับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการผ่าตัด

เสนอโดย

นางสาวนิตยา พิสัยกุล

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 128)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ข้อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุ
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 6 วัน (ตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม 2552 ถึงวันที่ 4 สิงหาคม 2552)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโครงสร้างปกติของกระเพาะอาหาร กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร

กระเพาะอาหารวางตัวอยู่ด้านซ้ายของช่องท้อง โดยอยู่ระหว่างหลอดอาหารและลำไส้เล็กตอนต้นและมีบางส่วนสัมผัสกับกะบังลม และมีตับอ่อนวางอยู่ใต้กระเพาะอาหารด้วยที่ส่วนโค้งใหญ่ (greater curvature) ของกระเพาะอาหารยังมีเยื่อโอเมนตัมใหญ่ (greater omentum) ห้อยลงมาคลุมอวัยวะอื่นๆ ในช่องท้องอีกด้วย ที่บริเวณติดต่อกับหลอดอาหารและลำไส้เล็กตอนต้นจะมีกล้ามเนื้อหูรูดที่ควบคุมการเข้าออกของสารภายในกระเพาะอาหารซึ่งได้แก่ กล้ามเนื้อหูรูดหลอดอาหาร (esophageal หรือ cardiac sphincter) ซึ่งแบ่งระหว่างหลอดอาหารกับกระเพาะอาหารหูรูดไพโลริก (pyloric sphincter) ซึ่งแบ่งระหว่างกระเพาะอาหารกับลำไส้เล็กตอนต้น

หน้าที่หลักของกระเพาะอาหารคือ การย่อยสลายสารอาหาร โมเลกุลใหญ่ให้เล็กลง โดยอาศัยการทำงานของกรดเกลือ (hydrochloric acid) เพื่อให้ง่ายต่อการดูดซึมที่ลำไส้เล็ก นอกจากนี้กระเพาะอาหารยังมีหน้าที่ผลิตเอนไซม์ที่ใช้ในการย่อยโปรตีนคือ เอนไซม์เพปซิน (pepsin) โดยในช่วงแรกเอนไซม์นี้จะถูกผลิตออกมาในรูปของเพปซิโนเจน (pepsinogen) ที่ยังไม่สามารถทำงานได้แต่จะถูกเปลี่ยนเป็นเพปซิน (pepsin) เมื่ออยู่ในสภาพที่เป็นกรดภายในกระเพาะอาหาร

ในอดีตมักมีความเชื่อที่ว่า สภาพที่เป็นกรดภายในกระเพาะอาหารจะช่วยทำลายเชื้อโรคต่างๆ ได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาใหม่ๆ พบว่า กระเพาะอาหารสามารถเกิดการติดเชื้อได้ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis) แผลในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer) รวมทั้งมะเร็งกระเพาะอาหาร (stomach cancer) ซึ่งการติดเชื้อในกระเพาะอาหารมักเกิดจากแบคทีเรียเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร (helicobacter pylori) นอกจากนี้การหลังกรดที่มากเกินไปในกระเพาะอาหารก็ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารเช่นกัน แผลในกระเพาะอาหารที่เกิดขึ้นเรื้อรังอาจนำไปสู่โรคกระเพาะอาหารทะลุได้

โรคกระเพาะอาหารทะลุ

การทะลุ (perforate) หมายถึง การที่แผลในกระเพาะอาหารลึกขึ้นเรื่อยๆ จนทะลุผ่านชั้น muscular และ serosal ขนาดของรูทะลุมีได้ตั้งแต่ 3 มิลลิเมตร จนถึง 1 เซนติเมตร หรือใหญ่กว่า เมื่อแผลทะลุ กรด น้ำย่อยและเศษอาหารจะรั่วออกสู่ peritoneal cavity ทำให้เกิด generalized peritonitis ขึ้น ในกรณีที่แผลทะลุมีขนาดเล็ก fibrin และอวัยวะข้างเคียง เช่น omentum หรือตับอาจช่วยอุดรูทะลุได้ แต่หากแผลไม่ปิดเอง และมีการเปราะเปื้อนในช่องท้องมาก ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะช็อคจาก hypovolemia และ sepsis ภายในเวลา 24 ชั่วโมง

สาเหตุของโรคกระเพาะอาหารทะลุ

สาเหตุที่ทำให้เกิดการทะลุยังไม่ทราบแน่ชัด เข้าใจว่าเกิดจากการที่ขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณที่เป็นแผลในกระเพาะ เนื่องจากหลุดออกเกิดเป็นรูทะลุขึ้น ยาบางอย่าง เช่น aspirin, phenyl-butazone และ steroid เป็นสาเหตุทำให้กระเพาะอาหารทะลุได้ โดยจะสามารถแบ่งโรคกระเพาะอาหารทะลุออกได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดเฉียบพลัน จะไม่มีอาการของโรคแผลในกระเพาะอาหารมาก่อน และมีอาการสั้นกว่า 3 เดือน และจะไม่พบแผลเป็นบริเวณรูทะลุ ส่วนแผลทะลุชนิดเรื้อรัง มักพบในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคแผลในกระเพาะอาหารนานเกิน 3 เดือน หรือพบแผลเป็นบริเวณรูทะลุ

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ ปวดเสียดขึ้นมาและร้าวมาใต้ชายโครงขวา จะมีอาการปวดมากจนตัวงอ และจะปวดมากขึ้นเวลาหายใจเข้าออกแรงๆ ตรวจร่างกายจะพบว่า มีอาการกดเจ็บ (tenderness) กดปล่อยแล้วกดเจ็บ (rebound tenderness) และท้องแข็ง (guarding) ตรงบริเวณใต้ลิ้นปี่ ใช้เครื่องฟังตรวจที่หน้าท้องจะได้ยินเสียง bowel sound ลดน้อยกว่าปกติ หรือแทบไม่ได้ยินเลย ผลการถ่ายภาพรังสีช่องท้องพบว่า มี free air บริเวณใต้ dome of diaphragm

การรักษาผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุ มี 2 วิธี คือ การผ่าตัดและไม่ผ่าตัด

1. การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด (operative treatment)

การผ่าตัดควรใช้ในกรณีดังต่อไปนี้

1. เป็น perforated ulcer และเคยรักษาด้วยวิธี simple suture
2. เป็น perforated duodenal ulcer ร่วมกับ pyloric stenosis
3. เป็น perforated ร่วมกับ hemorrhage
4. มี duodenal และ gastric ulcer และมีอันหนึ่งอันใด perforated

ชนิดและขั้นตอนการผ่าตัด

การเย็บปิดรู perforation (simple suture with omental graft) ทำได้ง่ายและหลายวิธี แต่ที่ง่ายที่สุดคือ เย็บเนื้อขอบบน ขอบล่างและกลางรู perforation (absorbable suture material) เสร็จแล้วใช้ omentum ส่วนที่อยู่ใกล้แต่ถ้าเป็น gastric ulcer ต้องทำ full thickness biopsy ตรงขอบก่อนทำ simple suture ทุกครั้งเพราะ ulcer อาจจะเป็น malignancy ได้ หลังเย็บปิดรู perforation แล้วต้อง explor space ต่างๆ ในช่องท้องโดยเฉพาะ subphrenic, subhepatic, paracolic ulcer, small bowel, pelvic cavity เพื่อเอา fluid collection ออกแล้วทำ peritoneal toilet โดยใช้ normal saline ล้างออกให้สะอาดแล้วดูดออกให้หมด

2. การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด (non-operative treatment)

โดยปกติการรักษาไม่นิยมใช้วิธีการ non operative treatment แต่อาจจะรักษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการผ่าตัด และเป็นผู้ป่วยที่เป็น localized peritonitis และดีขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยา (medical management) และการรักษาโดยใส่ nasogastric tube แล้ว Intermittent aspiration gastric content ออกมาให้มากที่สุด

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาอนรับการรักษาในหอผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและถูกนำไปยังห้องผ่าตัด พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญใน ทีมสุขภาพที่จะช่วยแพทย์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยช่วยประเมินสภาพ ผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการสัมภาษณ์และการสังเกต ผู้ป่วยอย่างละเอียดในด้านประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องทดลอง การตรวจทางรังสีและการ ตรวจพิเศษ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่าง ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนจนสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสม ทั้งด้านการเตรียมและการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปก่อนการผ่าตัด การให้การพยาบาลที่พบ รวมทั้ง การดูแลผู้ป่วยในเช้าของวันผ่าตัดการดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุแบ่งออกเป็น การพยาบาลด้านร่างกายและด้านจิตใจ

1.การพยาบาลด้านร่างกาย

- 1.1 ชักประวัติหรือสอบถามข้อมูลต่างๆ ตลอดจนการสังเกตอาการต่างๆของผู้ป่วยให้ถูกต้องและ ชัดเจน แนะนำหรือปฐมพยาบาลให้ผู้ป่วยรู้จักสถานที่ สิ่งแวดล้อมต่างๆในหอผู้ป่วย
- 1.2 ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอมการรักษาโดยการผ่าตัดตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้
- 1.3 ประเมินความรุนแรงของการเจ็บปวด ประเมินอาการ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน การ เคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound)
- 1.4 ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และสังเกตบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก จากร่างกาย ดูความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ สังเกตลักษณะสี จำนวนของสารเหลว ที่ออกจากท่อระบายต่างๆ
- 1.5 ผู้ป่วยที่ผ่าตัดในระยะแรกควรตรวจดูแลแผลผ่าตัดทุก 15 นาที เพื่อสังเกตการณ์มีเลือดออก หรือ discharge ซึมจากแผลผ่าตัด
- 1.6 ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารตามแผนการรักษา
- 1.7 บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในระยะแรก โดยปกติอุณหภูมิของ ร่างกายอาจพบได้ว่ามีอุณหภูมิลดลงต่ำกว่าปกติได้ใน 2-3 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด บางราย อาจมีอาการหนาวสั่นร่วมด้วย หลังจากนั้นภายใน 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีอุณหภูมิ 38 องศา เซลเซียส หากมีไข้หลังวันที่ 3 ควรพิจารณาถึงการติดเชื้อ
- 1.8 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, FBS, BUN, Cr, Electrolyte, LFT และ Coagulogram
- 1.9 เตรียมผู้ป่วยทำผ่าตัดโดยประเมินความรู้ความเข้าใจและแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนี้

การหายใจเข้าเต็มที่ช้า ๆ และการหายใจออกยาว ๆ (deep breathing) 5 ครั้ง ในระยะแรก หลังผ่าตัด และอาจเพิ่มได้ถึง 10 ครั้ง โดยให้ทำทุก 1-2 ชั่วโมง

การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective coughing)

โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้หายใจเข้าเต็มที่แล้วกลืนไว้ และไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง

การเปลี่ยนท่านอน และการพลิกตะแคงตัว

กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนจากนอนหงายเป็นท่านอนตะแคงซ้าย ขวา ทุก 1-2 ชั่วโมง

การเคลื่อนไหวร่างกายและการลุกเดินโดยเร็ว (early movement and ambulation)

หลังผ่าตัดประมาณ 24 ชั่วโมง ควรสังเกตภาวะท้องอืด กระตุ้นให้ลุกนั่งบนเตียง นั่งข้างเตียง เดินรอบเตียงระยะสั้น ๆ ถ้าแข็งแรงก็เพิ่มการช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้นตามลำดับ

การประเมินความเจ็บปวด ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วยว่าอยู่ระดับใดเพื่อประกอบการขอยาระงับปวดเมื่อเกิดอาการปวด

2. การพยาบาลด้านจิตใจ

2.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาของแพทย์

2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาหรือข้อมูลต่างๆ

2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังการผ่าตัด เช่น อาการปวด และการมีสายน้ำเกลือ สายระบายจากกระเพาะอาหารผ่านทางจุก หรือสายสวนปัสสาวะ หลังการผ่าตัด

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

เนื่องจากโรคกระเพาะอาหารทะลุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรับการผ่าตัดฉุกเฉิน เพราะหากการรักษาช้าอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การไหลเวียนและการทำงานของอวัยวะล้มเหลว ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำราเกี่ยวกับโรคและทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ

2. เลือกรื่องที่สนใจ ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา ชายไทยอายุ 35 ปี อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลเนื่องจาก มีอาการปวดท้อง จุกแน่นลิ้นปี่ มีประวัติ dyspepsia ปวดท้องเป็นๆหายๆ รักษาที่คลินิกมาตลอด วันนี้ปวดมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล แรกรับทำการถ่ายภาพรังสีที่ช่องท้องพบว่า มีลมอยู่ในช่องท้อง แพทย์แจ้งว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารทะลุ จำเป็นต้องผ่าตัด รับไว้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ในวันที่ 30 กรกฎาคม 2552 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง เพื่อทำการเย็บซ่อมแซมบริเวณที่มีแผลทะลุของกระเพาะอาหาร (explor – lap with simple closed with omental graft) ระหว่างอยู่ในความ

ดูแลพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 10 ข้อ ได้รับการแก้ไขให้หมดไปทุกข้อ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 4 สิงหาคม 2552 นัดมาตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 10 สิงหาคม 2552

3. นำข้อมูลกรณีศึกษา ที่รวบรวมได้จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการและนำเสนอตามลำดับขั้นตอนเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

- ไม่มี -

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

ผู้ป่วยชายไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 35 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร อาชีพพ่อบ้าน อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลเนื่องจาก มีอาการปวดท้อง จุกแน่นได้สัปดาห์ ร่วมกับมีประวัติ dyspepsia ปวดท้องเป็นๆหายๆ รักษาที่คลินิกมาตลอด วันนี้ปวดมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาลตากสิน แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุ แพทย์ทำการถ่ายภาพรังสีที่ช่องท้องพบว่า มีลมอยู่ในช่องท้อง แพทย์แจ้งว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารทะลุ จำเป็นต้องผ่าตัด รับไว้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ในวันที่ 30 กรกฎาคม 2552 เวลา 01.50 น. HN: 48294/52, AN: 13446/52

แรกรับในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยไม่สับสน มีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 83 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/49 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 165 เซนติเมตร น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ จากการตรวจหน้าท้องมีกดเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่และช่องท้องด้านขวาบน ฟังเสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผลการตรวจโลหิตวิทยา ระดับเม็ดเลือดขาว 17.02 thsd/cumm (ค่าปกติ 4.5-10 thsd/cumm) ฮีโมโกลบิน 13.1 gm/dl (ค่าปกติ 13-18 gm/dl) ฮีมาโตคริต 40.9 vol% (ค่าปกติ 40-50 vol%) เพลตเลต 236,000 thsd/cumm (ค่าปกติ 150,000-400,000 thsd/cumm) ผลการตรวจ HIV ไม่พบเชื้อ HIV ผลการตรวจทางเคมีคลินิก blood urea nitrogen 12.0 mg/dl (ค่าปกติ 5-25 mg/dl) creatinin 1.2 mg/dl (ค่าปกติ 0.6-1.8 mg/dl) โซเดียม 139.3 mmol/l (ค่าปกติ 136-145 mmol/l) โพแทสเซียม 4.22 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/l) คลอไรด์ 105.0 mmol/l (ค่าปกติ 100-110 mmol/l) คาร์บอนไดออกไซด์ 29.0 mmol/l (ค่าปกติ 22-32 mmol/l) ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทางทรวงอกปกติ

แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอาหารและยาทางปากทุกชนิด ใส่น้ำยาสวนปัสสาวะคาเพื่อขับกากจำนวนปริมาณน้ำเข้า-ออก ใส่น้ำยาระบายจากกระเพาะอาหารต่อเข้ากับเครื่องดูดกระเพาะอาหารแรงดันต่ำแบบต่อเนื่อง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด acetar 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 500 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังจากนั้นลดอัตราการไหลของ acetar เป็น 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ก่อนส่งไปห้องผ่าตัดเพิ่มอัตราการไหลของ acetar เป็น 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะชนิด augmentin 1.2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา เหตุผลที่ต้องเตรียมผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังจากได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก และซักถามสิ่งที่สงสัย ให้กำลังใจผู้ป่วย หลังจากได้รับคำแนะนำผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพยาบาล แต่ยังมีสีหน้ากังวล เตรียมร่างกายผู้ป่วยก่อนไปผ่าตัด โดยการเตรียมผิวหนังผู้ป่วย โกนขนหน้าท้องและหัวหน้า ดูแลความสะอาดร่างกาย และสอบถามประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร ตรวจสอบฟันโยก ฟันปลอม และเครื่องประดับ ให้ถอดเก็บก่อนเข้าห้องผ่าตัด ให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดวันที่ 30 กรกฎาคม 2552 เวลา 02.00 น. กลับจากห้องผ่าตัดเวลา 04.00 น.

รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดวันที่ 30 กรกฎาคม 2552 เวลา 04.15 น. หลังทำผ่าตัด explor-lap with simple closed with omental graft ด้วยวิธีให้ยาระงับความรู้สึก ดูแลความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียง แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องปิดก๊อสไว้ไม่มีเลือดซึม ใส่สายสวนปัสสาวะคา ใส่สายระบายกระเพาะอาหารต่อเข้ากับเครื่องดูดกระเพาะอาหารแรงดันต่ำแบบต่อเนื่อง แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าได้ผ่าตัดเรียบร้อย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 83 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/79 มิลลิเมตรปรอท ได้รับสารน้ำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 140 มิลลิตรต่อชั่วโมง จำนวน 6 ชั่วโมง หลังจากนั้นลดอัตราการไหลของ 0.9%NSS เป็น 120 มิลลิตรต่อชั่วโมง ความเจ็บปวดระดับ 5 ดูแลให้ยาแก้ปวดชนิด Morphine 3 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ประเมินความเจ็บปวดซ้ำหลังได้รับยาแก้ปวด 1 ชั่วโมง ความเจ็บปวดลดลงระดับ 3 สามารถนอนนอนหลับได้

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะช็อก จากการเสียเลือด ผู้ป่วยเสียเลือดในห้องผ่าตัด 100 มิลลิตรฮีมาโตคริต 39 vol% กลับจากห้องผ่าตัดวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 83 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/79 มิลลิเมตรปรอท ประเมินภาวะช็อค สังเกตเลือดที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดหน้าท้องปิดก๊อสไว้ไม่มีเลือดซึม สีของ gastric content สีเหลืองปริมาณ 10 มิลลิตร วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ เปลี่ยนเป็นทุก 4 ชั่วโมง สัญญาณชีพอัตราการเต้นของหัวใจ 70 – 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 – 22 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 120/70 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลโดย ประเมินอาการปวด ความเจ็บปวดระดับ 5 ดูแลให้ยาแก้ปวดชนิด Morphine 3 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ประเมินความเจ็บปวดซ้ำหลังได้รับยาแก้ปวด 1 ชั่วโมง ความเจ็บปวดลดลงระดับ 3 สามารถนอนหลับได้ ประเมินอาการข้างเคียงจากยา Morphine ผู้ป่วยไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ และหยุดหายใจ

รักษา ให้เริ่มจิบน้ำ และลดอัตราการไหลของสารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และเพิ่มยาบรรเทาอาการปวด paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด หลังเริ่มจิบน้ำ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดท้อง ไม่ขอยาแก้ปวด ผู้ป่วยลุกเดินไปมาได้เรื่อยๆ ไม่มีท้องอืด ใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยจิบน้ำได้ 300 มิลลิลิตร

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยสังเกตอาการอักเสบ บวมแดง บริเวณแผลผ่าตัด ทำแผล dry dressing ให้การพยาบาลโดยเทคนิคปราศจากเชื้อ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/88 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดไม่บวมแดง

หลังผ่าตัดวันที่สาม (วันที่ 2 สิงหาคม 2552) ผู้ป่วยลุกเดินทำกิจกรรมด้วยตนเอง สีหน้าสดชื่น ความเจ็บปวดระดับ 1-2 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/64 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารเหลว ให้สารน้ำชนิด 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะท้องอืด แน่นท้อง เนื่องจากระบบทางเดินอาหารยังดูดซึมได้ไม่ดี ให้คำแนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวครั้งละน้อยๆ ให้ญาติพาผู้ป่วยลุกเดิน ประเมินการทำงานของลำไส้โดยสอบถามการเรอ การผายลม และฟัง bowel sound ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องอืด เดินได้ครั้งละประมาณ 10 นาที เรอประมาณ 2 ครั้ง bowel sound positive ไม่บ่นปวดแผล

หลังผ่าตัดวันที่สี่ (วันที่ 3 สิงหาคม 2552) ผู้ป่วยลุกเดินออกกกำลังกายเรื่อยๆ สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 111/66 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีแผนการรักษา หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยบ่นอยากรับประทานอาหารรสจืดๆ

ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เรื่องการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย งดอาหารรสจัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เกือบหมดถาด หลังรับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

หลังผ่าตัดวันที่ห้า (วันที่ 4 สิงหาคม 2552) ผู้ป่วยนั่งทำกิจกรรมบนเตียงสีหน้าสดชื่นความเจ็บปวดระดับ 0 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 66 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 104/67 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ให้ยาปฏิชีวนะชนิด augmentin ขนาด 1 กรัมรับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า เย็น ยาลดกรดชนิด losec 20 มิลลิกรัมรับประทานก่อนอาหารเช้า ขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดนัดติดตามและประเมินผลการรักษาในวันที่ 10 สิงหาคม 2552 เวลา 08.30 น. ที่ห้องตรวจ ผู้ป่วยนอกศัลยกรรมและนัดตัดไหมวันในวันที่ 6 สิงหาคม 2552

ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ให้การพยาบาลโดยให้คำแนะนำผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย งดรับประทานอาหารรสเผ็ด เปรี้ยวจัด และไม่ควรรับประทานอาหารครั้งละมากๆ แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา ออกกำลังกายเบาๆ ห้ามยกของหนักเป็นเวลา 1 เดือน แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด ห้ามอาบน้ำหรือให้แผลโดนน้ำจนกว่าแผลจะตัดไหม ทำแผลวันละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล สถานีอนามัย หรือคลินิกใกล้บ้าน สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ แผลอักเสบวมแดง และการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำและตอบคำถามได้ หลังจากได้ถูกต้อง ผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม 2552 ถึงวันที่ 4 สิงหาคม 2552 รวม 6 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการให้การพยาบาล ในผู้ป่วยรายนี้ มีการศึกษาข้อมูลติดตามผลและประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 วัน หลังรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 10 ข้อ ดังนี้ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเช่นภาวะช็อค ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหยุดหายใจจากฤทธิ์ของยา morphine ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของปริมาณน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ในร่างกาย ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการไม่เคลื่อนไหวของร่างกาย ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะท้องอืด แน่นท้อง เนื่องจากระบบทางเดินอาหารยังดูดซึมได้ไม่ดี ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นได้รับการแก้ไขทั้งหมด เมื่ออาการผู้ป่วยทุเลาลง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีอาการอักเสบวมแดงที่แผลผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในวันที่ 10 สิงหาคม 2552

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพิ่มคุณภาพในการบริการทางการพยาบาลในการดูแลที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุ
2. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการบริการให้ดียิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้จากการไหลเวียนและการทำงานของอวัยวะล้มเหลวหรือภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นต้น

2. การทะลุของกระเพาะอาหารเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคแผลในกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมมรฐะของกระเพาะอาหารหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเพราะมีโอกาสที่จะ

เกิดซ้ำได้อีก ควรแนะนำผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวเช่น การรับประทานอาหารให้ตรงเวลาทุกมื้อ งดสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ ซากาแฟ หรือเครื่องดื่มคาเฟอีน น้ำอัดลม หลีกเลี่ยงการใช้ยาแอสไพรินหรือยาชุด ควรงดอาหารรสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ถ้ามีอาการปวดท้องเรื้อรังให้รีบพบแพทย์ทันที

10. ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรู้และสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยรวมทั้งให้การรักษาได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ควรจัดให้มีการทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวนิตยา พิสัยกุล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางนันทวัน จาตุรันต์วิชัย)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลตากสิน

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(นางกิตติยา ศรีเลิศฟ้า)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน

วันที่.....

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ของนางสาวนิตยา พิสัยกุล

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพต.128) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์
เรื่อง จัดทำแผนพับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการผ่าตัด

หลักการและเหตุผล

ด้วยหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายให้บริการผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมทุกประเภทเช่นการผ่าตัดระบบช่องท้องและลำไส้ การผ่าตัดศัลยกรรมประสาทและอื่นๆ สถิติผู้ป่วยผ่าตัดปี 2552 จำนวน 2,463 ราย ปี 2553 จำนวน 2,754 ราย ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาพยาบาลจะต้องมีการนัดผ่าตัดหรือได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน ผู้ใช้บริการบางรายที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดอาจเกิดความวิตกกังวลขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดในบางครั้งยังพบว่าผู้ป่วยบางรายยังเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเช่น อาการท้องอืดเนื่องจากผู้ป่วยไม่กลืนน้ำลายหรือกลืนแผลแยก ดังนั้นหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายจึงได้สนใจที่จะจัดทำแผนพับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้บริการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและลดความวิตกกังวลลงได้

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งก่อน และหลังผ่าตัด
2. เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด
3. ผู้ใช้บริการไม่เกิดความวิตกกังวล

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (orem's self care model)

เป็นแนวคิดที่สร้างจากการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง เพื่อส่งเสริมดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความ เป็นอยู่อันดี ของบุคคลนั้นๆ โดยพยาบาลให้ความช่วยเหลือจนกระทั่งสามารถพัฒนาความสำเร็จ ในการดูแลตนเองได้ในระดับที่พอดี ในกรณีที่บุคคลมีความบกพร่องในการปรับตัว การรบกวนจากบุคคล สิ่งของ สภาพการณ์ต่างๆ เหตุการณ์หรือจากหลายปัจจัยประกอบกัน จนไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งการปรับตัวตามปกติ ความช่วยเหลือของพยาบาล 5 ประการที่จะให้แก่บุคคลคือ ให้การแนะนำ ประคับประคอง จัดสภาพแวดล้อมเพื่อการพัฒนา ให้การสอนและกระทำการพยาบาลเพื่อชดเชยโดยตรง ซึ่งคาดผลที่จะเกิดตามมาคือ ประสบความสำเร็จในการปรับตัวในระดับที่พอดี

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยก่อน ขณะ และ หลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดความวิตกกังวลของผู้มาใช้บริการ กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ประชุมบุคลากรในหน่วยงานเพื่อหาแนวทางร่วมกัน
2. รวบรวมข้อมูล ค้นคว้าเอกสาร ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัด
3. ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังจากที่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและ หลังผ่าตัด
4. ทดลองใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไข

หัวข้อในแผนพับ ก่อนและหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาอนรับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการ ผ่าตัดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งจะทำให้การรักษามี ประสิทธิภาพเร็วขึ้นเป็นผลดีต่อผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาและรายละเอียดของแผนพับดังต่อไปนี้

คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมความสะอาดร่างกาย เช่นการอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สั้น ล้างสีเล็บออกเพื่อช่วยให้ แพทย์และพยาบาล สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดออกซิเจน ในระหว่างการ ผ่าตัดและหลังผ่าตัด
2. การถอดของมีค่าต่างๆ การถอดฟันปลอม เพื่อป้องกันการหลุดของฟันปลอมเข้าไปอุดหลอดลม ขณะผ่าตัด
3. งดการใช้ครีมและเครื่องสำอางทุกชนิด
4. งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด หรืออย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัดเพื่อให้ระบบย่อย อาหารว่างเพื่อความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวเร็วขึ้น ป้องกันภาวะท้องอืด
2. การงดอาหารและน้ำหลังผ่าตัดวันแรก จนกว่าจะมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยเริ่มจิบน้ำ ถ้าไม่มี อาการท้องอืดจะเริ่มให้อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึกๆ และ ไออย่างถูกวิธี

4. การดูแลแผลผ่าตัด
 - ระวังมิให้ผ้าปิดแผลเปียกน้ำ และห้ามเกาแผล เพราะอาจทำให้แผลเกิดการอักเสบ บวม แดง ได้
 - เวลาไอ ใช้มือประคองแผล เพื่อป้องกันแผลแยก
5. การรักษาความสะอาดของร่างกาย ถ้าแผลยังไม่แห้ง ให้เช็ดตัวจนกว่าแผลจะแห้ง
6. การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
7. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โปรตีนสูง เช่น ไข่ ปลา เพื่อให้แผลติดเร็วขึ้น
8. การรักษาสุขนิสัยในการขับถ่ายอุจจาระให้สม่ำเสมอ ป้องกันอาการท้องผูก ทำให้ต้องออกแรงเบ่งถ่ายอุจจาระมาก ทำให้ความดันในช่องท้อง มีผลให้แผลที่เย็บซ่อมแซมไว้แยกได้
9. ควรพักผ่อนให้เพียงพอโดยเฉพาะ 1-2 สัปดาห์แรก
10. มาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น แผลมีหนอง บวม แดง
11. การมาตรวจตามแพทย์นัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

1. ลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้ใช้บริการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัด $\geq 80\%$
2. อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่ได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด $\geq 80\%$

ลงชื่อ.....

(นางสาวนิตยา พิสัยกุล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....