

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง นวัตกรรม Octopus Hero เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

เสนอโดย

นางสาวทิพย์สุรางค์ นัคกลีน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 293)

ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน 2552 ถึงวันที่ 28 มิถุนายน 2552)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในประเทศไทยถือเป็นมะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อยในลำดับต้น อุบัติการณ์พบในเพศชายและเพศหญิงเป็น 4.9 และ 1.4 ต่อประชากร 100,000 คน (วชิร ศขการวิทย์, 2547)

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะส่วนใหญ่เกิดจากเยื่อภายในกระเพาะปัสสาวะมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้องอกขึ้นมา และก้อนเนื้องอกจะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆจนอาจโตเต็มกระเพาะปัสสาวะ และแผ่ขยายลุกลามออกไปยังอวัยวะและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

สาเหตุ

1. อาชีพ การทำงานที่มีโอกาสสัมผัสกับสารก่อมะเร็งจนก่อให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ในที่สุดได้แก่ ทำงานสัมผัสกับสารประกอบประเภทสีซีย้อมผ้า ช่างทาสี คนงานใน โรงงานผลิตรถยนต์ คนงานฟอกหนัง และคนงานในอุตสาหกรรมหนัก
2. การสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่มีสารที่เชื่อว่าเป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งจะดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด และขับถ่ายออกทางกระเพาะปัสสาวะ โดยตรง ดังนั้นเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะจึงถูกสัมผัสโดยตรงกับสารนี้
3. การดื่มชา กาแฟ เคยมีรายงานว่า การดื่มชา กาแฟ มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แต่ยังไม่มีความชัดเจนแน่ชัดนัก
4. การติดเชื้อพยาธิบางชนิดที่ชอบ ไข้อยู่ตามผนังของกระเพาะปัสสาวะ พบมากในประเทศแถบตะวันออกเฉียงใต้ และผู้ป่วยโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะ ที่ทำให้เกิดการระคายเคืองเรื้อรังอาจทำให้เกิดเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้

อาการและอาการแสดง

1. ปัสสาวะเป็นเลือด โดยไม่มีอาการเจ็บปวด บางรายอาจมีเพียงเลือดหยดออกมาเมื่อปัสสาวะสุด
2. อาจมีอาการคล้ายกระเพาะปัสสาวะอักเสบ คือ ถ่ายปัสสาวะบ่อย แสบ ขัด เนื่องจากเลือดที่ออกจากร่างกายจับตัวเป็นลิ่มปนกับปัสสาวะ
3. ในระยะลุกลาม จะมีอาการปวดได้มาก และบางรายมีการอุดตันของท่อไต ทำให้มีอาการปวดหลังได้ด้วย

การตรวจวินิจฉัย

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย
2. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized tomography scan) การตรวจชนิดนี้มีประโยชน์ในการตรวจเยื่ออวัยวะลุกลาม เพราะสามารถดูความลึกของมะเร็ง และต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานได้
3. การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)
4. การฉีดสารทึบรังสีเพื่อตรวจการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ (IVP) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะควรได้รับการตรวจ เพราะจะสามารถบอกระยะโรคทางคลินิกได้

5. การส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะ (Cystoscope) ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยส่องกล้องตรวจดูกระเพาะปัสสาวะและตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา (Biopsy)

6. การทำอัลตราซาวด์ ช่วยในการตรวจวินิจฉัยความลึกของเนื้องอกในชั้นกล้ามเนื้อ

การรักษา

การรักษาเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของชั้นเนื้อทางพยาธิวิทยาและการแพร่กระจายของโรครวมทั้งการอุดตันของท่อไตซึ่งสามารถแยกออกเป็นสองประเภทใหญ่ๆดังนี้

1. การรักษาเนื้องอกชนิดที่อยู่ผิวๆ หมายถึง มะเร็งระยะ TaG1,TaG2,TaG3,T1G1,T1G2,T1G3 และ Tis (CIS) หรือระยะ O และ A ตามระบบ Jewett-Strong-Marshall การรักษาเนื้องอกกลุ่มนี้คือ

1.1 การทำผ่าตัดผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยใช้กล้องส่อง (Transurethral resection of bladder tumor) เป็นการรักษาที่ได้ผลดี ไม่ยุ่งยากและมีผลข้างเคียงน้อย ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วและยังสามารถใช้กระเพาะปัสสาวะเดิมต่อไปได้

1.2 การใช้รังสีรักษา (Radiotherapy)

1.3 การตัดกระเพาะปัสสาวะ (Cystectomy) ไม่มีความจำเป็นสำหรับเนื้องอกที่อยู่ผิวๆ ยกเว้นมะเร็งระยะ T1

1.4 การตัดกระเพาะปัสสาวะออกเป็นบางส่วน (Partial cystectomy) การผ่าตัดชนิดนี้ใช้กับมะเร็งที่อยู่บริเวณผนังด้านหน้าหรือบริเวณยอดของกระเพาะปัสสาวะ

1.5 การใส่เคมีบำบัดเข้ากระเพาะปัสสาวะ (Intravesical chemotherapy) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งหลังจากการได้รับการผ่าตัด

2. การรักษาเนื้องอกชนิดลุกลาม หมายถึง เนื้องอกระยะ B,C,D หรือ T2 ขึ้นไป เนื่องจากมะเร็งกลุ่มนี้มีการพยากรณ์ไม่ดี จึงมีแนวโน้มที่จะเป็น aggressive therapy

2.1 การทำผ่าตัดผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยใช้กล้องส่อง (Transurethral resection of bladder tumor) เป็นการรักษาที่ได้ผลดี ไม่ยุ่งยากและมีผลข้างเคียงน้อย ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วและยังสามารถใช้กระเพาะปัสสาวะเดิมต่อไปได้ แต่มีข้อควรระวังคือ การเสียเลือดก่อนและหลังผ่าตัด การทะลุของกระเพาะปัสสาวะจากการตัดชิ้นเนื้อเล็กๆ การบาดเจ็บต่อท่อไต และอาจเกิดการฝังตัวของเซลล์มะเร็งในเนื้อเยื่อปกติของกระเพาะปัสสาวะทำให้เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งซ้ำได้มากขึ้น

2.2 การตัดกระเพาะปัสสาวะทิ้งออกเป็นบางส่วน (Partial cystectomy) การผ่าตัดชนิดนี้มีข้อเสียหลายอย่างเมื่อนำมาใช้กับเนื้องอกชนิดลุกลาม เนื่องจากเนื้องอกชนิดนี้มักมีขอบเขตไม่แน่นอน ทำให้การตัดมีแนวโน้มที่จะไม่หมด และการเปิดแผลที่กระเพาะปัสสาวะในระหว่างผ่าตัดยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระจายของเซลล์มะเร็งไปนอกกระเพาะปัสสาวะและบริเวณแผลผ่าตัดได้ ข้อดีคือยังใช้กระเพาะปัสสาวะต่อไปได้ และสมรรถภาพทางเพศไม่เสียหาย

2.3 การตัดกระเพาะปัสสาวะทิ้งทั้งหมด (Radical cystectomy) ในผู้ชาย หมายถึง การตัดกระเพาะปัสสาวะกับไขมันที่อยู่รอบๆ และเยื่อหุ้มรังไข่ส่วนที่คลุมกระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งต่อมลูกหมาก และ seminal vesicle แต่ถ้าตรวจพบว่ามีมะเร็งอยู่ในท่อปัสสาวะบริเวณต่อมลูกหมากจะต้องตัดท่อปัสสาวะออกทั้งหมด ส่วนในผู้หญิงจะรวมถึง มดลูก รังไข่ ปากมดลูก ท่อปัสสาวะ และช่องคลอดส่วนหน้า เสร็จแล้วจึงนำท่อไตมาฝังเข้าไปใน conduit

หรือ reservoir ซึ่งนำมาจากลำไส้ส่วนต่างๆ และนิยมเกาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน ไปพร้อมๆกับการตัดกระเพาะปัสสาวะด้วย

2.4 การใช้รังสีรักษา (Radiotherapy) เป็นทางเลือกโดยเฉพาะในรายที่มีการลุกลามมากแล้ว แพทย์จะแนะนำให้ใช้รังสีก่อนถ้าไม่ได้ผลจึงค่อยนำไปทำการผ่าตัด

2.5 การให้รังสีรักษาแบบผสมผสานร่วมกับการผ่าตัด (Preoperative radiation therapy) เป็นหลักการรักษาแบบผสมผสานด้วยการให้รังสีรักษาก่อนแล้วจึงนำไปผ่าตัด ด้วยความหวังว่ารังสีรักษาอาจไปทำลายมะเร็งบางส่วนที่ถูกลามออกมานอกกระเพาะปัสสาวะแล้ว

2.6 การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) มีบทบาทมากในการรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีความเสี่ยงในการลุกลามและกระจายออกไปนอกกระเพาะปัสสาวะ

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและป้องกันมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

1. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะก่อนนอน เพราะจะมีการค้างค้ำของสารก่อมะเร็งอยู่ในกระเพาะปัสสาวะเป็นระยะเวลาานาน

2. ควรดื่มน้ำสะอาดมากๆ และไม่ควรกลั้นปัสสาวะนานๆ เพื่อป้องกันการอักเสบและเกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ

3. หากปฏิบัติงานที่มีการสัมผัสสารที่มีผลต่อการเกิดมะเร็ง ควรล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง

4. หลีกเลี่ยงการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ไหม้เกรียม อาหารไขมันสูง พยายามรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมากๆ เช่น ผัก ผลไม้

5. ควรตรวจปัสสาวะ เมื่อมีอาการผิดปกติของปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อย แสบขัด ขุ่น โดยเฉพาะมีเลือดปนออกมาในปัสสาวะ

6. ควรได้รับการตรวจสุขภาพทุกปี

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นโรคที่พบในประเทศไทยมาก 1 ใน 10 อันดับของ โรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชายช่วงอายุประมาณ 50-70 ปี เกิดจากเยื่อภายในกระเพาะปัสสาวะมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ จนกลายเป็นก้อนเนื้อออกขึ้นมา เนื่องจากทั้งออกขึ้นมาจะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆจนเต็มกระเพาะปัสสาวะ และแผ่ขยายลุกลามออกไปยังอวัยวะและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงหากไม่ได้รับการรักษาให้ถูกต้อง

จากสถิติการรับผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมปี พ.ศ. 2552 โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นโรคที่พบว่ามีการรับเข้าดูแลรักษาเป็นอันดับที่ 4 จาก 5 อันดับ โรคที่พบบ่อยคิดเป็น 9.03 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องการการดูแลรักษาและเฝ้าระวังให้พ้นจากภาวะวิกฤตอย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย และยังคงอาศัยการทำงานเป็นทีม ทั้งแพทย์ พยาบาล รวมทั้งสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมที่มีความสำคัญ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน อันจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง และยังคงให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย

และญาติ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจึงเป็นโรคที่น่าสนใจในการนำมาศึกษาเพื่อวางแผนการพยาบาลต่างๆให้ครอบคลุมเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โดยศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา

2. เลือกกรณีศึกษา เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรค ซึ่งพบได้ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โดยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี เลขที่ภายนอก 13504/52 เลขที่ภายใน 15670/52 ได้รับการผ่าตัด Radical cystectomy with Incidental Appendectomy with Neobladder วันที่ 26 มิถุนายน 2552 รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 26-28 มิถุนายน 2552 ได้รับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมระยะเวลาผู้ป่วยเข้ารับการรักษายู่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมนาน 3 วัน พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 9 ปัญหา ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป

3. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมและเรียบเรียงเป็นผลงาน และนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของผลงาน

4. ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา จัดทำเป็นรูปเล่ม นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ประมาณ 5 ปี รับการรักษาและรับประทานยาสม่ำเสมอ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เดือน มกราคม 2552 ผู้ป่วยเริ่มมีปัสสาวะปนเลือด ปัสสาวะบ่อย ไม่มีปัสสาวะแสบขัด เดือน มีนาคม 2552 ทำการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) พบก้อนขนาด 1-1.5 เซนติเมตร วันที่ 30 มีนาคม 2552 นัดผู้ป่วยทำการผ่าตัดผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยใช้กล้องส่อง (Transurethral resection of bladder tumour) และนัดทำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography(CT)) พบ Residual mass จึงนัดผู้ป่วยมาผ่าตัด Radical cystectomy รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 23 มิถุนายน 2552 เวลา 9.45 น. ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ เลขที่ภายนอก 13504/52 เลขที่ภายใน 15670/52 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้และได้เตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจเพื่อเตรียมทำผ่าตัด Radical cystectomy วันที่ 26 มิถุนายน 2552

ที่หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ได้รับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Radical cystectomy with Incidental Appendectomy with Neobladder วันที่ 26 มิถุนายน 2552 เวลา 19.30 น. แรกผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวจากยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 35 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 212/103 มิลลิเมตรปรอท ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง จึงดูแลให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพจากการประเมินผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ เฝ้าระวังอาการผิดปกติโดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ดูแลดูแลเสมหะป้องกัน

การอุดคั้นของทางเดินหายใจ และผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ ดูแลห่มผ้าห่มไฟฟ้าให้ผู้ป่วย และประเมินอุณหภูมิจนอยู่ระดับปกติเท่ากับ 37 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดหน้าท้องยาวประมาณ 15 เซนติเมตร มีสาย Redivac drain 1 เส้น ด้านซ้ายของแผลผ่าตัด มีสาย Jackson drain 1 เส้น ด้านขวาของแผลผ่าตัด มีสาย Cystostomy 1 เส้น ต่อถุง Urine bag และมีสาย Ureterostomy 2 เส้น ต่อถุง Urine bag อาจเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย ดูแลประเมินและสังเกตการอักเสบติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยใส่สายยางกระเพาะอาหาร (NG tube) ต่อลงถุง ไม่มี Content และให้ผู้ป่วยคน้ำงดอาหาร อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำประเภท crystalloids ทางหลอดเลือดดำ คือ Acetar ในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 5%D/N/2 ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และเนื่องจากผู้ป่วยปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จึงได้ Blood component คือ Fresh frozen plasma (FFP) 1 ถุง ทางการใส่สายสวนหลอดเลือดดำเพื่อประเมินน้ำในร่างกาย ประเมินระดับค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางได้เท่ากับ 7 เซนติเมตรน้ำ และประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ยา Omeprazole 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตเท่ากับ 225/121 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งอาจเกิดอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์จึงให้ยาลดความดันโลหิต คือ Cardipine 10 มิลลิกรัม ผสมใน 0.9 % NSS 100 มิลลิลิตร อัตรา 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ ควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 150/100 มิลลิเมตรปรอท ประเมินสัญญาณชีพขณะได้รับยา และสังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว รวมถึงเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันโลหิต และผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ตรวจค่าน้ำตาลในเลือด ทุก 2 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเท่ากับ 326 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ได้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ Humulin R 8 ยูนิต ฉีดทางใต้ผิวหนัง สังเกตอาการผิดปกติและเฝ้าระวังภาวะ Hypo-Hyperglycemia ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยมีสาย Epidural cath ให้ยาระงับอาการปวดทางไขสันหลัง คือ 0.1% Marcain ผสม Morphine 0.04 มิลลิกรัม ให้ 4-6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จากการสังเกตและประเมินผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดเวลาเปลี่ยนท่าพลิกตะแคงตัว ประเมินระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวด ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความเจ็บปวด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การหยุดหายใจ และระดับความรู้สึกตัวลดลงหลังได้รับยา ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล และจัดท่านอนให้ผู้ป่วยสุขสบาย ผู้ป่วยหลับได้เป็นพักๆ และจากการสังเกตพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจากการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลเป็นครั้งแรก จึงดูแลอธิบายแผนการพยาบาลและแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับผู้ป่วย เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยเขียนระบายความรู้สึกและถามข้อสงสัย

วันที่ 27 มิถุนายน 2552 เวลา 00.20 น. สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เท่ากับ 105/60 มิลลิเมตรปรอท จึงหยุดการให้ยาลดความดันโลหิต คือ Cardipine เวลา 02.00 น. ผู้ป่วยปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ระดับค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางเท่ากับ 7 เซนติเมตรน้ำ ได้รับการรักษาโดยให้สารน้ำประเภท crystalloids ทางหลอดเลือดดำ คือ 0.9%NSS 200 มิลลิลิตรใน 15 นาที หลังได้สารน้ำระดับค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางเท่ากับ 14 เซนติเมตรน้ำ เวลา 03.00 น. ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตเท่ากับ 83/61 มิลลิเมตรปรอท อาจได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตต่ำ ได้รับการรักษาโดย ยกกระตุ้นความดันโลหิต คือ Dopamine 200 มิลลิกรัม ผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร อัตรา 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควบคุมความดันโลหิต

มากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ปัสสาวะยังออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 04.00 น. ระดับค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางเท่ากับ 9 เซนติเมตรน้ำ ได้รับการรักษาโดยให้สารน้ำประเภท colloid ทางหลอดเลือดดำ คือ Voluven 200 มิลลิลิตร ใน 20 นาที ปัสสาวะยังออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จึงได้ Blood component คือ Fresh frozen plasma (FFP) 2 ถุง หลังได้สารน้ำและ Blood component ระดับค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางเท่ากับ 12 เซนติเมตรน้ำ ปัสสาวะเริ่มออกในระดับมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และเวลา 07.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย จึงปรับเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยหายใจเองบางส่วน (Pressure support mode) ผู้ป่วยหายใจไม่หอบเหนื่อยเท่ากับ 16-22 ครั้งต่อนาที เวลา 10.45 น. แพทย์จึงถอดท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วย และได้รับออกซิเจน เป็น Mask with bag ระดับออกซิเจน 8 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจไม่หอบเหนื่อยเท่ากับ 20-24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ เวลา 12.00 น. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยเท่ากับ 134/66 มิลลิเมตรปรอท จึงหยุดยากระตุ้นความดันโลหิต คือ Dopamine ผู้ป่วยยังคงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระดับ 80-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เวลา 14.00 น. ได้รับการรักษาโดยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ Humulin R 10 ยูนิต ผสมใน 0.9 % NSS 100 มิลลิลิตร อัตรา 1 ยูนิตต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ และตรวจค่าน้ำตาลในเลือดทุก 2 ชั่วโมง สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และเฝ้าระวังอาการ Hypoglycemia หลังได้ยาระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 187 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

วันที่ 28 มิถุนายน 2552 ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนคือ Cannula ระดับออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที หายใจไม่หอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ แพทย์หยุดยาระงับอาการปวดทางไขสันหลัง และถอดสาย Epidural cath หลังถอดสายไม่มีอาการผิดปกติ บริเวณที่ถอดสายแห้งดี ไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง และหลังหยุดยาผู้ป่วยบ่นปวดแผล ระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 7 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน จึงจัดทำนอนให้ผู้ป่วยสุขสบายและให้ยาระงับอาการปวด คือ Tramal 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา หลังได้ยาบรรเทาปวดผู้ป่วยหลับได้ และยังคงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ Humulin R 10 ยูนิต ผสมใน 0.9 % NSS 100 มิลลิลิตร อัตรา 2 ยูนิตต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ และตรวจค่าน้ำตาลในเลือดทุก 4 ชั่วโมง ไม่มีอาการ Hypoglycemia ผู้ป่วยยังคงนั่งอาหาร ได้รับสารน้ำประเภท crystalloids ทางหลอดเลือดดำคือ Acetar อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 5%D/N/2 อัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากพ้นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม แพทย์จึงอนุญาตให้ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ยังคงให้ยาปฏิชีวนะคือ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ก่อนย้ายได้ดูแลแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคกระเพาะปัสสาวะและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมากๆ เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่ไหม้เกรียม อาหารไขมันสูง งดสูบบุหรี่ ควรดื่มน้ำสะอาดมากๆ ไม่ควรกลั้นปัสสาวะนานๆ และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม รวมวันที่ได้รับการดูแลรักษาในหออภิบาลศัลยกรรม จำนวน 3 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดสามารถแก้ไขภาวะอุณหภูมिर่างกายต่ำได้จนอยู่ในระดับปกติ สามารถถอดท่อช่วยหายใจและผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ปกติ ไม่มีอาการ

หอบเหนื่อย ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในระดับปกติโดยไม่ต้องใช้ยาควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยยังคงน้ำหนักอาหาร ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จำนวนปัสสาวะอยู่ในระดับปกติ ระดับค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Pressure(CVP)) เท่ากับ 12 เซนติเมตรน้ำ จากการประเมินระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลโดยการจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและได้รับยาบรรเทาปวด ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดลดลง สามารถหลับพักผ่อนได้ จากการประเมินอาการหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด จากการพูดคุยและสังเกตผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติหลังจากได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเมเร็งกระเพาะปัสสาวะและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจและคลายความวิตกกังวลลงมาก และจากการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยสามารถหยุดให้ยาควบคุมระดับน้ำตาลทางหลอดเลือดดำได้ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ รวมระยะเวลาในการเข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 3 วัน และผู้ป่วยได้ออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับบ้านวันที่ 2 กันยายน 2552

8. การนำไปใช้ประโยชน์

ได้รับความรู้เรื่องโรคเมเร็งกระเพาะปัสสาวะซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่ปฏิบัติงานอยู่ ได้ทบทวนเรื่องอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา และการประเมินที่ถูกต้อง พร้อมกับร่วมแก้ไขปัญหากับแพทย์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทำให้การสื่อสารในความต้องการของผู้ป่วยขัดข้อง จำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์และความเข้าใจในการวางแผนการให้การพยาบาล
2. ผู้ป่วยปวดแผล ได้รับยาระงับอาการปวดทางไขสันหลังคือ 0.1% Marcain ผสม Morphine 0.04 มิลลิกรัม อัตรา 4-6 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ซึ่งต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เช่น การหยุดหายใจ และระดับความรู้สึกตัวลดลงหลังได้รับยา จึงต้องประเมินสัญญาณชีพและให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด
3. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ ต้องให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดทางหลอดเลือดดำ ทำให้ต้องวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะ Hypo-Hyperglycemia
4. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ต้องให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ และผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีระดับความดันโลหิตต่ำ ต้องให้ยาเพิ่มระดับความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ ทำให้ต้องวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ และเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำจากการได้รับยาลดความดัน
5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต จึงต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ

10. ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีปัญหาและความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะและความรวดเร็ว ในการประเมินภาวะผิดปกติเพื่อวางแผนการให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม
2. ควรมีการจัดทบทวนความรู้เรื่องโรค การพยาบาล การผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนของโรคที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว และปลอดภัย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ).....*ทิพย์อรุณ อดิวัฒน์*.....

(นางสาวทิพย์อรุณ อดิวัฒน์)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....*1 ส.ย. 2554*.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*[Signature]*.....

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

(วันที่).....*1 ส.ย. 2554*.....

(ลงชื่อ).....*[Signature]*.....

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

(ตำแหน่ง) คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

(วันที่).....*2 ส.ย. 2554*.....

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวทิพย์สุรางค์นัคกลิ่น

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 293) สังกัดฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
เรื่อง นวัตกรรม Octopus Hero เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่ประสบกับภาวะวิกฤตที่ต้องเข้ารับการดูแลรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมส่วนใหญ่จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจจนกว่าจะได้รับการแก้ไขให้พ้นจากภาวะวิกฤต ซึ่งต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและเครียดจากหลายสาเหตุ เช่น จากกรที่ต้องเข้ารับการดูแลรักษาในหออภิบาล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ความกลัว ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก การที่ไม่สามารถพูดสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจในความต้องการของตนเอง และการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง การดึงท่อช่วยหายใจออกโดยผู้ป่วยเอง (Self extubation)

ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมพบอุบัติการณ์ความเสี่ยง การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยประเมิณผล กระทบ/ระดับความรุนแรงตามความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร พบว่า พ.ศ. 2552 ผลกระทบจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจระดับ ไม่รุนแรง เท่ากับ 5.10 เปอร์เซนต์ ผลกระทบระดับรุนแรง เท่ากับ 4.25 เปอร์เซนต์ ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อการรักษาทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษามากขึ้น จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้ ได้ทำการผูกยึดผู้ป่วย (Restained) ในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิณแล้วว่ามีความเสี่ยงในการดึงท่อช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยยังสามารถดึงท่อช่วยหายใจได้ จึงได้จัดทำถุงมือให้ผู้ป่วยใส่ หลังจากผูกยึดผู้ป่วย (Restained) แล้ว แต่ผู้ป่วยยังสามารถงอนิ้วมือมาดึงท่อช่วยหายใจได้ จึงได้ประชุมทำกิจกรรม ทบทวน และผู้เขียนเสนอแนวคิด จัดทำนวัตกรรม Octopus Hero โดยนำขวดน้ำเกลือที่ใช้แล้วมาตัดให้ขนาดใหญ่กว่ามือของผู้ป่วยพอประมาณ แล้วนำมาปิดทวกลายเพื่อลดความน่ากลัว และเย็บขอบของขวดน้ำเกลือด้วยผ้าเพื่อป้องกันการบาดข้อมือผู้ป่วย มีเชือกสำหรับผูกรอบข้อมือผู้ป่วยและสำหรับผูกรั้งกับเตียง นำมาสวมครอบมือผู้ป่วย เพื่อป้องกันการงอนิ้วมือมาดึงท่อช่วยหายใจ โดยได้นำมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิณแล้วว่ามีความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และเมื่อมีการประเมิณแล้วว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในการรักษา มีความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา ก็จะหยุดการผูกยึดผู้ป่วย (Restained) **วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย**

1. เพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
2. สามารถนำความรู้ที่ได้ศึกษา เผยแพร่ยังบุคลากรในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Risk) หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งแต่ละหน่วยงานดำเนินการดังนี้

1. จัดทำบัญชีความเสี่ยงสำคัญ ที่ต้องเฝ้าระวังในหน่วยงานของตน
2. สนับสนุนให้บุคลากรร่วมมือในการรายงานความเสี่ยง
3. รายงานผลการรวบรวมความเสี่ยงที่เฝ้าระวังในหน่วยของตน

จากหลักการการป้องกันความเสี่ยง การเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล ซึ่งได้มีการจัดทำแนวทางการป้องกัน โดยในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมพบสาเหตุในการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ดังนี้

ด้านอุปกรณ์

1. ขนาดของท่อช่วยหายใจไม่เหมาะสม
2. เชือกผูกท่อช่วยหายใจผูกแล้วลื่นสามารถเลื่อนหลุดได้

ด้านการดูแลผู้ป่วย

การผูกท่อช่วยหายใจด้วยเชือกผูกท่อช่วยหายใจถ้าผูกแน่นจนเกินไปจะทำให้เกิดแผลกดทับ ถ้าผูกหลวมเกินไปจะทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

ด้านตัวผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในหออภิบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้ระดับความรู้สึกตัวยังไม่ดีทำให้เกิดภาวะสับสน
2. ผู้ป่วยบางรายที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดทันที ทำให้ไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
3. ผู้ป่วยบางรายที่มีการกำหนดการผ่าตัดไม่แน่นอนไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดจากทีมการรักษาที่ตีพอ
4. ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทำให้ไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวและไม่ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาของแพทย์

จากการรวบรวมสาเหตุและทำกิจกรรมทบทวน เรื่องการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ทำให้พบว่าในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมพบอุบัติการณ์ความเสี่ยง การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ โดยประเมินผลกระทบ/ระดับความรุนแรงตามความเสี่ยงของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร พบว่า พ.ศ. 2552 ผลกระทบจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจระดับไม่รุนแรง เท่ากับ 5.10 เปอร์เซ็นต์ ผลกระทบระดับรุนแรง เท่ากับ 4.25 เปอร์เซ็นต์ ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อการรักษาทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษามากขึ้น จึงได้จัดทำนวัตกรรม Octopus Hero เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจขึ้น

ขั้นตอนในการดำเนินการ

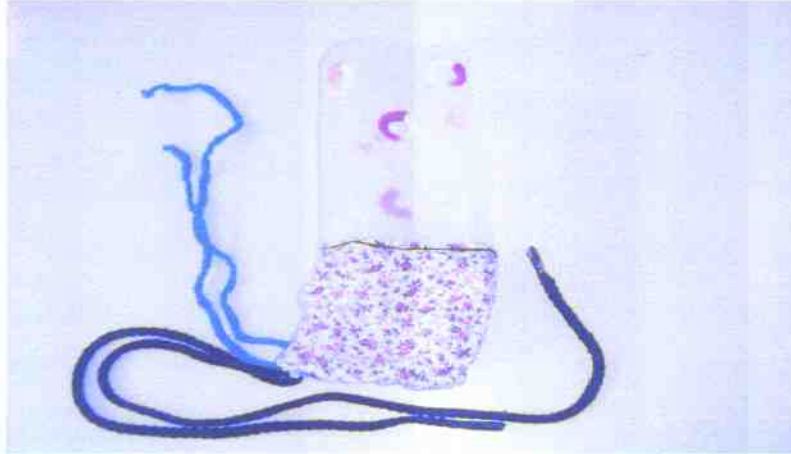
1. เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ ผ้า เข็ม ไหมพรม ขวดน้ำเกลือใช้แล้ว กรรไกร และเชือก



2. นำขวดน้ำเกลือที่ใช้แล้วมาตัดบริเวณด้านคอขวดออก ขนาดพอที่จะใส่ครอบมือได้ถึงบริเวณเหนือข้อมือ จากนั้นตัดรูบริเวณขวดน้ำเกลือเพื่อระบายอากาศกันการอับชื้น ปักขอบรอยตัดด้วยไหมพรมเพื่อป้องกันการบาดนิ้วมือ และลดความน่ากลัวของอุปกรณ์ลง นำผ้ามาตัดเพื่อเย็บบริเวณขอบของขวดที่ตัดออกและไว้สำหรับร้อยเชือก



1. นำเชือกมาร้อยบริเวณขอบผ้าที่เย็บไว้ 2 เส้น เส้นแรกให้เหลือความยาวไว้สำหรับผูกยึดขวดน้ำเกลือไว้กับข้อมือของผู้ป่วยไม่ให้หลุดจากขวด และเส้นที่สองให้เหลือความยาวไว้สำหรับผูกยึดขวดน้ำเกลือกับเตียงผู้ป่วย



ตัวอย่างการใช้ นวัตกรรม Octopus Hero เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ



ข้อเสนอแนะ

1. นำนวัตกรรม Octopus Hero เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ มาทดลองใช้จริงในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วว่ามีความเสี่ยงต่อการดึงท่อช่วยหายใจ
2. นำนวัตกรรม Octopus Hero เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจมาใช้และหาข้อบกพร่องของอุปกรณ์เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีประสิทธิภาพ
3. นำนวัตกรรม Octopus Hero เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจมาใช้ร่วมกับการวางแผนการพยาบาลและการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น
4. ควรนำไปใช้ในผู้ป่วยที่จากการประเมินแล้วพบว่ามีความโน้มในการดึงท่อช่วยหายใจสูง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองเกี่ยวกับการรับรู้ แต่ไม่มีภาวะอ่อนแรงของแขนขา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการเคลื่อนหูลูดของท่อช่วยหายใจ
2. สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนหูลูดของท่อช่วยหายใจ
3. สามารถนำความรู้ที่ได้ศึกษาเผยแพร่ยังหน่วยงานและผู้สนใจ
4. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของอันตรายจากการเคลื่อนหูลูดของ

ท่อช่วยหายใจ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเคลื่อนหูลูดของท่อช่วยหายใจลดลง 50 เปอร์เซ็นต์ โดยอัตราการเคลื่อนหูลูดของท่อช่วยหายใจระดับไม่รุนแรง เหลือ 2.55 เปอร์เซ็นต์ อัตราการเคลื่อนหูลูดของท่อช่วยหายใจระดับรุนแรง เหลือ 2.13 เปอร์เซ็นต์
คำนวณจากสูตร

$$\text{อัตราการเคลื่อนหูลูดของท่อช่วยหายใจ} = \frac{\text{จำนวนการเคลื่อนหูลูดของท่อช่วยหายใจ} \times 1,000}{\text{จำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ}}$$

(ลงชื่อ).....*กัญญาภาณี สกน*.....

(นางสาวทิพย์สุรางค์ นัคกลิ่น)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

.....*๑๑ ต.ย. ๒๕๕๔*.....