

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์  
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบนด้วยการใช้แผ่น  
สังเคราะห์
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง โครงการแผลผ่าตัดสะอาด ปราศจากเชื้อ

เสนอโดย

นางกนกอร เพ็ญจางค์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 990)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบนด้วยการใช้แผ่นสังเคราะห์
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 15 กันยายน 2550 ถึง วันที่ 19 กันยายน 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

### กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของโรครูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวที่มีรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน (atrial septal defect : ASD) เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อย ตำแหน่งของรูรั่วอาจอยู่ที่ส่วนต่างๆของผนังกันหัวใจห้องบนคือ

1. อยู่ที่ fossa ovalis เรียกว่า ostium secundum defect พบมากที่สุดประมาณ 90%ของ ASD ชนิดต่างๆ เกิดเนื่องจาก septum secundum ไม่เจริญตามปกติ ทำให้มี defect อยู่ในตำแหน่งหลังต่อ coronary sinus
2. อยู่ระหว่าง fossa ovalis และ inferior vena cava
3. อยู่ที่ส่วนบนผนังกันหัวใจห้องบนเรียกว่า sinus venous defect พบประมาณ 5% เกิดเนื่องจาก failure of proper absorption of the sinus venous into the right atrium ทำให้เกิด defect อยู่สูงขึ้นไปใกล้ superior venacava ด้วย
4. อยู่ส่วนล่างสุดของผนังกันหัวใจห้องบน เรียกว่า ostium primum defect ซึ่งเป็นแบบหนึ่งของ endocardial cushion defect เกิดเนื่องจาก septum primum และ endocardial cushion ทั้งสองข้างไม่เจริญมาพบกัน
5. อยู่ที่ตำแหน่ง coronary sinus

### พยาธิสรีรวิทยาของ โรครูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน

1. ขนาดของรูรั่ว รูรั่วขนาดใหญ่กว่า 0.5cm. มักเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน
2. ระยะเวลาของการมีรูรั่ว มีผลต่อความสามารถในการคลายของหัวใจห้องล่างซ้ายและขวา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน โดยในเด็กเล็กผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายและขวามีความหนาและความสามารถในการคลายตัวพอกัน รูรั่วที่พบในเด็กเล็กจึงไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน แต่เมื่ออายุมากขึ้นผนังของหัวใจห้องล่างขวาจะบางลง และคลายตัวได้มากกว่าหัวใจห้องล่างซ้าย ความต้านทานต่อการไหลเวียนของเลือดจึงน้อยกว่า ดังนั้นในขณะที่หัวใจเต้นระยะคลายตัว เลือดในหัวใจห้องบนส่วนใหญ่จะลัดวงจรจากซ้ายไปขวา (left to right shunt) โดยไหลผ่านรูรั่วไปสู่หัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่างขวา เป็นผลทำให้ปริมาณเลือดที่ผ่านหัวใจห้องบนขวา,หัวใจห้องล่างขวา และหลอดเลือดแดงปอดเพิ่มมากขึ้น นานๆเข้าผนังของหัวใจห้องบน หัวใจห้องล่างขวาจะหนาขึ้น และหลอดเลือดแดงปอดจะไปออกภาพถ่ายรังสีจะพบว่าหัวใจห้องขวาโต หลอดเลือดแดงปอดโป่ง และมีแขนงเพิ่มขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในปอด เมื่อต้องรับเลือดในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อยๆ ผนังของหลอดเลือดในปอดจะมีการเปลี่ยนแปลง จากผลของแรงดันเลือดที่เพิ่มขึ้น โดยผนังชั้นกลางหนาตัวขึ้น เซลล์ผนังชั้นในงอกหนาขึ้น (intimal proliferation) ผนังที่หน้าตัดภายในหลอดเลือดมีขนาดแคบลง จึงเพิ่มแรงต้านทานการไหลของเลือด ยิ่งนานความดันในหลอดเลือดแดงในปอดยิ่งสูงขึ้น หัวใจห้องล่างต้องใช้แรงในการส่งเลือดไปปอดมากขึ้น ผนังของหัวใจห้องล่างขวาจึงหนา เมื่อผนังหัวใจห้องล่างขวาหนา การคลายตัวของผนังหัวใจห้องล่างจะน้อยลง ความต้านทานการไหลเวียนของเลือดในหัวใจห้องล่างขวาและปอดจึงจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนความดันเลือดในปอด (pulmonary blood pressure) อาจสูงกว่าหรือเท่ากับ ความดันเลือดในระบบไหลเวียน(systemic blood pressure)

#### อาการและอาการแสดง

ในเด็กมักไม่แสดงอาการผิดปกติ และไม่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงช่วงอายุ 3-5 ปี โดยตรวจพบเสียงหัวใจผิดปกติขณะไปพบแพทย์ด้วยสาเหตุอื่น เช่น ไข้หวัด เป็นต้น ในเด็กโตอาจพบอาการผิดปกติในเด็กที่มีรูปร่างขนาดใหญ่ เพราะมีเลือดไหลลัดผ่านรูรั่วจากหัวใจห้องซ้ายมาห้องด้านขวาในปริมาณมาก ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น และจะทำให้มีอาการอ่อนเพลียเวลาออกกำลังกายจะเหนื่อยง่ายกว่าเด็กทั่วไป และอาจมีการเต้นของหัวใจผิดปกติ เช่น atrial fibrillation เมื่ออายุมากขึ้นอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่ายจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แม้กระทั่งไม่ได้ออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคนี้บางรายอาจได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุมาก เช่น 40-50 ปี ก็ได้ เพราะหัวใจจะโตขึ้นอย่างช้าๆ ก่อนแสดงอาการ

ใน ASD ที่ใหญ่และไม่ได้รับการรักษานานเข้าอาจเกิด pulmonary hypertension ได้ถ้า pulmonary pressure สูงกว่า systemic pressure จะทำให้มีภาวะเขียว (cyanosis) เนื่องจาก reversal ของ shunt (eisenmenger's syndrome) พบได้ไม่มากนัก ถือเป็นข้อห้ามในการผ่าตัด

#### การวินิจฉัยโรค

1. การตรวจร่างกาย โดยทั่วไปแล้วเป็นปกติ ส่วนน้อยจะพบร่วมกับ polydactyly ซีฟธรและ ความดันเลือดโดยมากเบา หรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย jugular vein pressure โดยมากปกติ
2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest radiograph) พบว่ามี pulmonary vascular marking เพิ่มมากขึ้นขนาดหลอดเลือดแดงพัลโมนารี โตกว่าปกติ เออเทรียมขวาและเวนทริเคิลขวาโตกว่าปกติ เอออร์ต้าและ superior vena cava มีขนาดเล็กจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) น้อย
3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจปกติในรายที่มีรูรั่วขนาดเล็ก ในผู้ใหญ่อาจพบ atrial fibrillation หรือ paroxysmal supraventricular tachycardia ได้ พบว่า P wave ส่วนใหญ่ปกติ แต่อาจสูงและแหลมกว่าปกติแสดงว่ามีหัวใจห้องบนขวาโตกว่าปกติ (right ventricular hypertrophy) ส่วน PR interval มักปกติ

4. echocardiogram เนื่องจากเลือดผ่านหัวใจห้องบนขวามาก จะบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างเคลื่อนไหวน้อยลงหรือตรงข้ามกับปกติ นอกจากนี้ยังช่วยให้เห็นการเคลื่อนไหวนของลิ้นหัวใจไมทรัล (mitral valve) และลิ้นหัวใจไตรคัสปิด (tricuspid valve) ว่าปกติหรือไม่

5. cardiac MRI

6. angiogram ถ้าฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหัวใจห้องบนซ้าย หรือฉีดสารทึบรังสีเข้าไปที่หลอดเลือดแดงพัลโมนารี

7. การสวนหัวใจ เมื่อสายสวนผ่านจากหัวใจห้องบนขวาไปหัวใจห้องบนซ้ายได้ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดจะเพิ่มขึ้นที่ระดับหัวใจห้องบนขวา แสดงว่ามี left to right shunt

8. การฟังเสียงหัวใจ จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้เป็นส่วนใหญ่ เสียงที่ฟังได้จะมี

1. fixed split second sound เนื่องจากเวลาที่หัวใจห้องล่างขวาบีบตัวนานขึ้นเพราะเลือดที่จะมาเข้าหัวใจห้องล่างขวามากขึ้น

2. murmur ไม่มีเสียง murmur ที่เกิดจาก septal defect เพราะหัวใจห้องบนทั้งสองข้างมีความดันเท่ากัน เนื่องจากรูรั่วส่วนมากใหญ่ แต่มี murmur ให้ได้ยินคือ flow murmur ของเลือดจำนวนมากที่ผ่านลิ้นหัวใจไตรคัสปิด (diastolic murmur) และลิ้นหัวใจพัลโมนารี (ejection systolic murmur) murmur ทั้งสองจะดังขึ้นเมื่อหายใจเข้า

### การรักษาโรครูรั่วผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องบน

1. ทางยา รักษาภาวะหัวใจวายและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

2. การผ่าตัด คือการเย็บปิด ASD โดยอาศัย cardiopulmonary bypass ในรายที่เป็น Eisenmenger's syndrome แล้ว เป็นข้อห้ามของการผ่าตัดปิด ASD วิธีการผ่าตัดในปัจจุบันมีดังนี้

2.1 closure of defect ส่วนใหญ่สามารถปิดได้โดยตรงใน secundum defect แต่ถ้า defect ใหญ่มาก หรือกลัวว่าถ้าปิดโดยตรงแล้วรอยเย็บจะตึงมาก ก็ใช้ pericardial patch ได้

2.2 relocation of pulmonary vein ในพวก sinus venous defect ที่มีหลอดเลือดดำพัลโมนารีเปิดเข้า superior vena cava หรือหัวใจห้องบนขวาเวลาปิดใช้ pericardium ปิด โดยให้คลุมถึงรูเข้าของหลอดเลือดดำพัลโมนารีและ ASD ทำเป็นอุโมงค์ให้เลือดที่ผ่านหลอดเลือดดำพัลโมนารี ผ่าน ASD เข้าสู่หัวใจห้องบนซ้ายได้

2.3 แก้ไขลิ้นหัวใจไมทรัลรั่ว (mitral regurgitation) โดยเย็บ cleft ของลิ้นหัวใจใน primum defect โดยใช้ patch ปิด ASD เพราะการเย็บปิด โดยตรงจะดึงให้ลิ้นหัวใจไมทรัลเสียรูปไปและเกิด regurgitation ได้ ในรายที่มีพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจไมทรัลมาก ก็เปลี่ยนใส่ลิ้นหัวใจเทียมให้

3. การปิดรูรั่วด้วยอุปกรณ์ชนิดพิเศษระหว่างการสวนหัวใจ (ASD device) โดยการนำอุปกรณ์ Amplatzer TM septal occluder มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีรูรั่วผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องบนแทนการผ่าตัด

### การพยาบาลผู้ป่วยโรครู่วผนังกันหัวใจห้องบน

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด แบ่งได้ 2 ด้านคือ การพยาบาลด้านจิตใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ปลอดภัยให้กำลังใจและอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษาตามความเหมาะสม การพยาบาลด้านร่างกาย ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด จัดบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 2 ประการคือ เพื่อสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจจะมีหลังผ่าตัด และเพื่อให้ส่วนต่างๆของร่างกายผู้ป่วยทำงานได้ตามปกติ พยาบาลจึงต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว และให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องทันทั่วถึง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต โดยใน 24 ชั่วโมงแรกควรให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ บนเตียง นอนศีรษะสูง 15 องศา บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการปกติ ดูแลทำการดูดเสมหะในปากและคอให้สะอาด เมื่อพ้นระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดแล้ว ไม่มีอาการแทรกซ้อนที่ร้ายแรงใดๆ เกิดขึ้นเช่น ภาวะเสียเลือดมาก,ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะถือได้ว่าผู้ป่วยพ้นระยะอันตราย กำลังเข้าสู่ภาวะผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามปกติ การดูแลในระยะนี้ควรประกอบไปด้วยการทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ

#### แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน โดยประยุกต์กรอบแนวคิดจากภาวะความเจ็บป่วยมาเป็นการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรคคลื่นหัวใจไม่ทรงตัว
2. กรอบแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA)

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปกรณีศึกษา เด็กหญิงไทยอายุ 10 ปีสถานภาพสมรสโสด เลขที่ภายนอก 39210/45 เลขที่ภายใน 20627/50 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 11.30 น. ouchผู้ป่วยสัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ เนื่องจากแพทย์นัดมาเพื่อทำผ่าตัดปิดรู่วผนังกันหัวใจห้องบนด้วยการใช้แผ่นสังเคราะห์ (atrial septal defect closure with dragon patch) อาการสำคัญที่นำมาคือ เหนื่อยมากเวลาออกกำลังกาย 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ได้ทำการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง พบมีรู่วผนังกันหัวใจห้องบนชนิด secundum ASD และมีการไหลลัดของเลือดจากหัวใจห้องบนซ้ายไปหัวใจห้องบนขวา แพทย์จึงนัดมาผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ

วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 13.45 น. ได้นำผู้ป่วยและญาติมาที่หออภิบาลศัลยกรรมหัวใจเพื่อแนะนำสถานที่ เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ แนะนำให้ญาติมาเยี่ยมบ่อยๆ พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติสีหน้าแจ่มใส

วันที่ 15 กันยายน 250 เวลา 8.45 น. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ได้รับการผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบนด้วยการใช้แผ่นสังเคราะห์ ใช้เวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำดังนี้ voluven 500 มิลลิลิตร acetar 800 มิลลิลิตร ได้รับส่วนประกอบของเลือด packed red cell 2 ถุง ปริมาณ 550 มิลลิลิตร รวมปริมาณ น้ำเข้า 1,850 มิลลิลิตร และเสียเลือดจากการผ่าตัดปริมาณ 200 มิลลิลิตร ปริมาณปัสสาวะ 1,270 มิลลิลิตร รวมปริมาณน้ำออก 1,470 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลศัลยกรรมหัวใจ เมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 12.30 น. แรกเริ่มประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จากการประเมินผู้ป่วยรู้สึกตัว ปลายมือปลายเท้าอุ่น ใส่ท่อหลอดลมคอต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตรชนิด Bennett 7200 mode CMV tidal volume 250 มิลลิลิตร ออกซิเจน 60% อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในอัตรา 14-20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย 98-100 เปอร์เซ็นต์ มีท่อระบายของเหลวออกจากทรวงอก 1 เส้นของเหลวสีแดงจางๆ ปริมาณ 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มีท่อวัดความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง ความดันโลหิต 116/64-128/65 มิลลิเมตรปรอท มีเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 72-86 ครั้งต่อนาที มีสายสวนเพื่อวัดความดันโลหิตส่วนกลางในหลอดเลือดดำชนิด 2 ทาง ค่าความดันโลหิตส่วนกลางในหลอดเลือดดำ 8-11 มิลลิเมตรปรอท และมีสายสวนปัสสาวะต่อลงถุง ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ปริมาณ 35-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ให้การรักษาดังนี้ งดให้อาหารและน้ำทางปาก โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ 5%D/N/3 500 มิลลิลิตร อัตรา 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ยาขยายหลอดเลือด nitroglycerine 100 มิลลิกรัมผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร อัตรา 1.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ranitidine 25 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง fentanyl 15 ไมโครกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เวลา 12.35 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ปลายมือปลายเท้าอุ่น แพทย์ถอดท่อหลอดลมคอและให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจเร็วเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดขณะลุกนั่งถอดท่อหลอดลมคอ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ยาแก้ปวด fentanyl 15 ไมโครกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลง อัตราการหายใจลดลง 16-20 ครั้งต่อนาที พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (sinus tachycardia) และหัวใจห้องล่างบีบตัวก่อนกำหนด (premature ventricular contraction) อัตราการเต้นของหัวใจ 100-110 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ในเลือดพบว่า ค่าโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 3.4 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5- 5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) แพทย์ให้โพแทสเซียมคลอไรด์ 10 มิลลิอีควิวาเลนต์ ผสมด้วยน้ำเกลือชนิด 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร อัตรา 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา และให้การพยาบาลโดยจำกัดกิจกรรม อัตราการเต้นของหัวใจลดลงเป็นปกติ 80-90 ครั้งต่อนาที ไม่มีหัวใจห้องล่างบีบตัวก่อนกำหนด ความดันโลหิต 116/64-128/65 มิลลิเมตรปรอท มีแผลผ่าตัดบริเวณกระดูกหน้าอก แผลขนาด 6 นิ้ว

ไม่มีเลือดซึม จากแผล ไม่มีลักษณะการอักเสบ เช่น บวม แดง ร้อนและไม่มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึม ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.1 องศาเซลเซียส ผลการส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีจำนวนเม็ดเลือดขาว 9,200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,000-10,000เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ cloxacillin 250 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง sulperazone 250 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทาง หลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง แพทย์ให้ม้วนน้ำแข็งได้หลังถอดท่อ หลอดลมคอ 30 นาทีและเริ่มจิบน้ำได้หลังถอดท่อหลอดลมคอ 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยจิบน้ำได้ไม่ลำบาก วันที่ 16 กันยายน 2550 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ 16-20 ครั้งต่อนาที เปลี่ยนให้ออกซิเจนผ่านทางสายออกซิเจน (oxygen canula) ปริมาณออกซิเจน 4 ลิตรต่อนาที หลังเปลี่ยนออกซิเจน ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ 18-22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย 99-100 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 35.8-36.6 องศาเซลเซียส เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ครึ่งถาด ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียน แพทย์หยุดให้ยาทางหลอดเลือดดำ และถอดท่อระบายทรวงอก หลังถอดท่อระบายทรวงอกได้ส่งตรวจรังสีทรวงอก ผลปกติ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยขณะมีกิจกรรม ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลเครื่องประมินการขยายตัวของปอด (tri flow) และกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี และถอดสายสวนปัสสาวะออก หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีเสบขัด รวมระยะเวลาในการรับการรักษาในหออภิบาลศัลยกรรมหัวใจ 2 วัน แพทย์อนุญาตให้ย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 13.05 น.

เข้าเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ วันที่ 17 กันยายน 2550 ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล แนะนำให้ญาติผู้ป่วยใช้ผ้ารัดประคองแผลที่หน้าอกเพื่อบรรเทาอาการปวดขณะไอและขณะลุกนั่ง ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา paracetamol syrup ครั้งละ 2 ซ้อนชา ทุก 6 ชั่วโมง อาการปวดทุเลาลง อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 85-95 ครั้งต่อนาที สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แผลแห้งดี ไม่มีบวม แดง ร้อน ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37 องศาเซลเซียส แพทย์หยุดให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ เปลี่ยนเป็น cloxacillin 250 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ

วันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การดูแลและทำความสะอาดแผลผ่าตัด ไม่แคะ แกะ เกาแผล การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การออกกำลังกาย การขับถ่าย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารโปรตีน ผัก และผลไม้ เพื่อช่วยให้การหายของแผลเร็วขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามแพทย์นัด รวมระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบปัญหาดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด การใส่ท่อหลอดลมคอ วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 13.45 น. จึงได้นำผู้ป่วยและญาติมาที่หออภิบาล ศัลยกรรมหัวใจเพื่อแนะนำสถานที่ เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอธิบายถึงความสำคัญของการใส่ท่อหลอดลมคอ และอุปกรณ์ต่างๆที่ต้องใช้รักษา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลัง ผ่าตัดหัวใจ อธิบายถึงลักษณะของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยใช้ ตุ๊กตาหุ่นจำลองเป็นตัวแทนผู้ป่วยที่มีการใส่สายสวนต่างๆ และเปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีอาการดีขึ้น รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง ทำจิตใจ ให้สงบเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ แนะนำให้ญาติมาเยี่ยมบ่อยๆพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ป่วยและ ญาติผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะปริมาตรการสูบลด โลหิตออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยมีหัวใจเต้นเร็วและหัวใจห้องล่าง บีบตัวก่อนกำหนด อัตราการเต้นของหัวใจ 100-110 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจค่า อิเล็กโทรไลต์ในเลือดพบว่าค่าโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 3.4 มิลลิโมลต่อลิตร(ค่าปกติ 3.5- 5.1 มิลลิโมล ต่อลิตร) แพทย์ให้โพแทสเซียมคลอไรด์ 10 มิลลิอีควิวาเลนต์ ผสมด้วยน้ำเกลือชนิด 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร อัตรา 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา และให้การพยาบาลโดย จำกัดกิจกรรม อัตราการ เต้นของหัวใจลดลงเป็นปกติ 80-90 ครั้งต่อนาที ไม่มีหัวใจห้องล่างบีบตัวก่อนกำหนด ความดันโลหิต 116/64-128/65 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการ ของร่างกายเนื่องจากเพิ่งฟื้นจากยาสลบ ยังต้องใส่ท่อหลอดลมคอต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 13.30 น. ให้การพยาบาลโดยดูแลท่อหลอดลมคออยู่ในระดับที่ถูกต้องไม่หักพับ งอ และประเมินลักษณะการหายใจ ดูแลระบบทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการดูดเสมหะอย่างถูกวิธี ส่งและ ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ค่าแก๊สในหลอดเลือดแดงตามแผนการรักษา ผลการส่งเลือดตรวจทาง ห้องปฏิบัติการพบว่าความดันของก๊าซในเลือดได้ค่า pH 7.358 (ค่าปกติ 7.35 -7.45 ) pCO<sub>2</sub> 36.2 มิลลิเมตร ปรอท( ค่าปกติ 35-45 มิลลิเมตรปรอท) pO<sub>2</sub> 406.1 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 80-100 มิลลิเมตรปรอท) HCO<sub>3</sub> 20.4 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 22-26 มิลลิโมลต่อลิตร) และวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2550 เวลา 13.35 น. ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อหลอดลมคอ ผู้ป่วยหายใจเร็วเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดขณะลุกนั่งถอด ท่อหลอดลมคอ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ยาแก้ปวด fentanyl 15 ไมโครกรัม ฉีดเข้าทาง หลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เวลา 2.05 น. 6.10 น. 10.08 น. 14.10 น. 18.06 น. และ 22.15 น. ตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลง อัตราการหายใจลดลง 16-20 ครั้งต่อนาที และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพพร้อมทั้งช่วยเคาะปอดเพื่อขับเสมหะออก วันที่ 16 กันยายน 2550 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหายใจสม่ำเสมอ 16-20 ครั้งต่อนาที เปลี่ยนให้ออกซิเจนผ่านทาง สายออกซิเจน (oxygen canula) ปริมาณออกซิเจน 4 ลิตรต่อนาที หลังเปลี่ยนออกซิเจน ผู้ป่วยหายใจ



สมาธิสมาธิ 18-22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย 99-100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดขณะลุกนั่งถอดท่อหลอดลมคอ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อ นาทีให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ดูแลจัดทำที่ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ดูแลและ แนะนำให้ญาติผู้ป่วยใช้ผ้ารัดประคองแผลที่หน้าอกเพื่อบรรเทาอาการปวดขณะไอและขณะลุกนั่ง ดูแลสาย ต่างๆไม่ให้ดึงรั้งและให้ยาแก้ปวด fentanyl 15 ไมโครกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เวลา 2.05 น.6.10 น.10.08 น.14.10 น.18.06 น.และ22.15 น.ตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลง วันที่ 19 กันยายน 2550 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจซ้ำอีกครั้ง วันที่ 3 ตุลาคม 2550 เวลา 8.00 น.- 12.00 น.ผู้ป่วย และญาติ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน จึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านใน ด้านต่างๆ ดังนี้ การดูแลและทำความสะอาดแผลผ่าตัด ระวังระวังไม่ให้แผลเปื่อยขึ้น การรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารโปรตีน ผักและผลไม้ เพื่อช่วยระบบขับถ่ายและช่วยให้การหาย ของแผลเร็วขึ้น การพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8-12 ชั่วโมง การออกกำลังกายและกิจกรรมต่างๆ ควรทำตามสภาพของร่างกาย ควรหยุดทำกิจกรรมทันทีที่รู้สึกเหนื่อย การรับประทานยาให้สม่ำเสมอ โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะพร้อมบอกถึงผลข้างเคียงของการได้รับยาดังกล่าว ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง หลีกเลี่ยงการยกของหนักมากกว่า 3 กิโลกรัม เช่น การสะพายกระเป๋าไปโรงเรียน การป้องกันอันตรายที่อาจ เกิดขึ้น เช่น การกระแทกถูกกระตุกคันนอก ระวังระวังเพื่อนวิ่งชน พร้อมทั้งเน้นให้ญาติแจ้งให้ทางโรงเรียน ทราบถึงการป้องกันแผลผ่าตัดแยก เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดกระตุกคันนอกแยกเป็นระยะเวลา 3 เดือน การมา ตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น แผลผ่าตัดอักเสบ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีน้ำเหลืองออกจากแผล มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ใจสั่น เหงื่อออกมากผิดปกติ ให้รีบมาพบแพทย์ ทันทีไม่ต้องรอมตามวันนัด

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

## 7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบนชนิด secundum ASD และมีกรไหลลัดของเลือดจากหัวใจห้องบนซ้ายไปหัวใจห้องบนขวา ได้รับการผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกัน หัวใจห้องบนด้วยการใช้แผ่นสังเคราะห์ รับไว้ในความดูแลวันที่ 15 กันยายน 2550 รวมระยะเวลาการดูแล 5 วันได้ให้การพยาบาล ศึกษาติดตาม และประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วย พบว่าหลังผ่าตัดสามารถถอด ท่อหลอดลมคอออกได้และไม่ต้องกลับไปใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีเสมหะเหนียวและ ปริมาณมาก และหายใจเร็วจากปวดแผลผ่าตัด หลังจากให้คำแนะนำ สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจ

เข้าลึกๆและไอจับเสมหะอย่างถูกวิธี และแนะนำญาติผู้ป่วยช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอจับเสมหะ ผู้ป่วยสามารถไอจับเสมหะได้ประกอบกับการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น การจัดให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย แนะนำวิธีการประคบแผลผ่าตัดทุกครั้งที่ไอและหายใจลึกๆ การให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา ทำให้อาการปวดแผลทุเลาลงส่งเสริมให้การหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้นและหลังผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบนด้วยการใช้แผ่นสังเคราะห์แล้วการทำงานของหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การดูแลรอยแผลผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่เน้นอาหารโปรตีน ผัก และผลไม้ เพื่อช่วยให้การหายของแผลเร็วขึ้น การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การออกกำลังกาย การขับถ่าย การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ใจสั่น เหงื่อออกมากผิดปกติ และการมาตรวจตามแพทย์นัด ทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบนอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

8.2 นำประสบการณ์และปัญหาเข้าร่วมอภิปรายในหน่วยงานเพื่อฟื้นฟูความรู้ และพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน

8.3 เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศพยาบาลสำเร็จใหม่รวมทั้งนักศึกษาและผู้มาฝึกปฏิบัติในหน่วยงาน

8.4 เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาล นักศึกษาพยาบาลและผู้ที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษา

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบนเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตต้องได้รับการพยาบาลในหออภิบาลศัลยกรรมหัวใจโดยตรงและต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทัน และรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาได้รวดเร็ว จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากพื้นจากยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายต้องใส่ท่อหลอดลมคอต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจและผู้ป่วยยังมีเสมหะเหนียวและปริมาณมากต้องดูดเสมหะให้ และหายใจเร็วขึ้นหลังดูดเสมหะ เมื่อผู้ป่วยได้รับการถอดท่อหลอดลมคอแล้วสอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆและไอจับเสมหะอย่างถูกวิธีแต่ผู้ป่วยปฏิบัติได้น้อยในช่วงแรกเนื่องจากมีอาการปวดแผลผ่าตัดและลืมวิธีปฏิบัติเนื่องจากอยู่ในวัยเด็กต้องให้คำแนะนำ สอนและกระตุ้น

ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำบ่อยครั้งและแนะนำให้ญาติผู้ป่วยช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้

#### 10. ข้อเสนอแนะ

10.1 พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรมีการประสานงานในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ โดยจัดกลุ่มญาติที่มีลักษณะผู้ป่วยเหมือนกันมาให้ความรู้ โดยเน้นในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย ภายหลังจำหน่าย เกี่ยวกับการสังเกตอาการที่ผิดปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

10.2 โรงพยาบาลควรส่งเสริม จัดหาทุนให้พยาบาลในหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยระบบทรวงอก และหัวใจ ได้รับความรู้ทางวิชาการ การรักษาพยาบาลใหม่ ๆ อยู่เสมอ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม คำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ) ..... กนกนกร เพ็งจางค์ .....  
 (นางกนกนกร เพ็งจางค์)  
 ผู้ขอรับการประเมิน  
 (วันที่) ..... 7 เมษายน 2552 .....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 (นางเพลินพิศ ปานสว่าง)  
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร  
 และวชิรพยาบาล  
 (วันที่) ..... 7 เม.ย. 2552 .....

(ลงชื่อ) .....  
 (นายชัยวัน เจริญโชคทวี)  
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการวิทยาลัย  
 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร  
 และวชิรพยาบาล  
 (วันที่) ..... 8 เม.ย. 2552 .....

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางกนกอร เพ็ญจงค์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 990) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล  
สำนักการแพทย์

เรื่อง โครงการแผลสะอาด ปราศจากเชื้อ

### หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดทำให้เกิดบาดแผล เมื่อผิวหนังที่ทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรคสูญเสียไป เชื้อโรคจึงเข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดพยาธิสภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงได้ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (surgical site infection) นับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกมีแผลขนาดใหญ่บริเวณกระดูกสันอกหรือกระดูกซี่โครง ทำให้เป็นช่องทางที่ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้ง่ายและพบได้บ่อย เมื่อเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดแล้วการดูแลรักษาให้หายนั้นทำได้ยากมาก ผลที่ตามมานอกจากจะเพิ่มปัญหาการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังมีผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาให้กับภาครัฐ ในเรื่องระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้นหรืออาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เจ้าหน้าที่ต้องมีความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลและป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดร่วมกับการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์อย่างเหมาะสม แต่วิธีการที่ดีที่สุดคือ การล้างมือทั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งโดยยึดหลักการที่ว่า การป้องกันเป็นสิ่งที่ดีกว่าการรักษา จากสถิติการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาดในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลปี 2549 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อ 0.9 % และอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดสะอาดในหอภิบาลศัลยกรรมหัวใจเท่ากับ 0.6 % ดังนั้นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด จึงจำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีม ได้รับความร่วมมือจากบุคลากร และการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ซึ่งจะมีผลต่อระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ลดน้อยลง ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ เจ้าหน้าที่เกิดความภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ครอบครัวและวิชาชีพ

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (length of stay : LOS) ลดน้อยลง และลดค่าใช้จ่าย (unit cost) ในการรักษา

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การพยาบาล (nursing) เป็นบริการแก่นมนุษย์อย่างหนึ่งในสังคม โดยมีลักษณะเฉพาะคือเป็นบริการสุขภาพที่มีจุดเน้นที่ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล การพยาบาลนั้นเป็นการช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแทนบุคคลเมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้ และช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และมีความผาสุกของบุคคลนั้นๆ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น คือการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่ชี้แนะหนทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งมุ่งช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถ และความรับผิดชอบในการพึ่งพาตนเอง กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล จากการนำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถที่จะบ่งบอกถึงบทบาทอิสระของพยาบาลได้เป็นอย่างดีว่าพยาบาลจะต้องอาศัยความรู้ความชำนาญในการวินิจฉัยปัญหาได้อย่างรวดเร็วถูกต้องและแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตได้

#### กระบวนการ ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. จัดประชุมในหน่วยงานให้ทราบถึงโครงการ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติเดียวกัน
2. จัดเก็บข้อมูล และรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดทุกเดือน
3. วิเคราะห์สาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง และนำเข้าที่ประชุมทุกเดือนเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

4. ศึกษาและค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสารและสอบถามผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
5. นำข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ แล้วปรับแก้ไขตามคำแนะนำ
6. จัดทำแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
7. สอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดที่ถูกต้องกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ผ่าตัดทุกราย
8. เก็บรวบรวมสถิติการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดขณะที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้าน
2. บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับมีความรู้ สามารถปฏิบัติตามคู่มือการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดที่กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่ายและเป็นไปในแนวทางเดียวกันเพิ่มขึ้น
3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความสามารถในการดูแลแผลผ่าตัด ตลอดจนได้รับความพึงพอใจขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น
4. ระยะเวลาที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล (length of stay : LOS) และค่าใช้จ่าย (unit cost) ในการดูแลรักษาลดลง

#### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด  $\leq 2\%$

บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับมีความรู้ ความสามารถเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด  $\geq 80\%$

ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยสามารถดูแลแผลผ่าตัดได้ถูกต้อง  $\geq 80\%$

จำนวนวันนอนโรงพยาบาล  $\leq 10$  วันนอน

ลงชื่อ..... กนกอร เพ็ญจางค์.....

(นางกนกอร เพ็ญจางค์)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 7 เมษายน..... / 2552.....