

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลและการให้การระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตร
ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการจัดการความปวดภายหลังทำผ่าตัดในห้องพักฟื้น
(1 – 2 ชั่วโมงแรก)

เสนอโดย

นางภารดี บัวสรวง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 248)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลและการให้การระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2553 ถึง วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2553)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

3.1 ความรู้ทางวิชาการ

3.1.1 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของรกเกาะต่ำ

ภาวะรกเกาะต่ำ คือ การที่รกเกาะอยู่เหนือหรือใกล้บริเวณปากมดลูกด้านใน (internal os) สามารถจำแนกได้เป็น ภาวะที่รกเกาะคลุมปากมดลูกด้านในไว้ทั้งหมด (total placenta previa) ภาวะที่รกเกาะคลุมปากมดลูกด้านในไว้เพียงบางส่วน (partial placenta previa) ภาวะที่รกเกาะคลุมอยู่ใกล้ปากมดลูก โดยขอบของรกอยู่ชิดกับขอบของปากมดลูกด้านในพอดี (marginal placenta previa) ภาวะที่รกเกาะคลุมอยู่ ส่วน ของมดลูกตรงบริเวณตอนล่างของมดลูกโดยอยู่ใกล้ปากมดลูก แต่ยังไม่ถึงขอบปากมดลูกด้านใน (low – lying placenta) พบอุบัติการณ์ประมาณ 1:200 ของการคลอดและร้อยละ 20 เป็น total placenta previa (สตรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2553: 290) จะพบสูงสุดในในกลุ่มที่ตั้งครรภ์มาแล้วหลายครั้ง และในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3.1.2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ การรักษา

ภาวะรกเกาะต่ำ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกเกาะต่ำ ได้แก่ อายุมารดาที่มากขึ้น สตรีในครรภ์หลัง ๆ สตรีที่เคยได้รับการผ่าตัดท้องทำคลอดมาก่อน ประวัติการขูดมดลูก การสูบบุหรี่ การเคยมีภาวะรกเกาะต่ำ

อาการที่สำคัญที่สุด คือ มีเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่มีอาการเจ็บปวด ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเมื่ออายุครรภ์ได้ 28 – 30 สัปดาห์เป็นต้นไป เลือดที่ออกนี้จะไม่มีอาการนำล่วงหน้ามาก่อนส่วนมากจะออกเวลากลางคืน ในรายที่มีรกเกาะต่ำชนิดรกปิดคลุมปากมดลูกทั้งหมด จะมีเลือดออกเร็วและปริมาณมากกว่าชนิดอื่น ส่วนรกเกาะต่ำชนิดรกคลุมปากมดลูกบางส่วนจะมีเลือดออกได้ช้ากว่าและปริมาณน้อยกว่าหรืออาจจะไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดเลยจนกระทั่งเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์ หรือช่วงท้าย ๆ ของระยะที่หนึ่งของการคลอด ในรายที่มีเลือดออกมากอาจทำให้มารดาและทารกในครรภ์เสียชีวิต

การรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะรกเกาะต่ำ การรักษาแบ่งเป็น 2 วิธี

1. รักษาตามอาการ เพื่อประคับประคองให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และมารดาต้องปลอดภัยด้วย

2. ดำเนินการรักษาทันที ถึงแม้ว่าอายุครรภ์จะน้อยกว่า 36 สัปดาห์ และทารกหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม แต่ต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ถ้าผู้ป่วยมีภาวะดังนี้

2.1 มีเลือดออกมากจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพมารดา

2.2 ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน

วิธีการคลอดที่เหมาะสม คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3.1.3 การให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดคลอดบุตร

ผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดบุตรควรได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากวิสัญญีพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับอาการและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังได้รับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก การประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย การตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ เพื่อประเมินความยากของการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อนำมาวางแผนการให้การระงับความรู้สึกและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์มักจะมีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ และการควบคุมการหายใจแบบสมดุล โดยการให้ยาหลายตัวร่วมกันเพื่อลดผลข้างเคียงจากยาต่างๆ

3.1.4 ความรู้เกี่ยวกับยาดมสลบและยาที่ใช้ในการให้การระงับความรู้สึก

Atropine ขนาด 0.01 – 0.02 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมทางหลอดเลือดดำ เป็นยากลุ่ม anticholinergic ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางลดการหลั่งเหงื่อ และน้ำลาย ใช้ต้านอาการไม่พึงประสงค์ของยา prostigmine มีฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดมักใช้แก้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

Fentanyl ขนาด 1 – 2 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมทางหลอดเลือดดำ เป็นยาระงับปวดชนิดเสพติด ฉีดเข้าหลอดเลือดดำมีฤทธิ์อยู่นาน 2-3 ชั่วโมง ผลข้างเคียงอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ง่วงซึม

Prostigmine ขนาด 0.05 – 0.08 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมทางหลอดเลือดดำ เป็นยากลุ่ม anticholinesterase ถูกสังเคราะห์ขึ้นเพื่อแก้ไขฤทธิ์ยาหย้อนกล้ามเนื้อกลุ่ม nondepolarizing agent ยานี้มีผลทำให้หัวใจเต้นช้า และอาจไม่เป็นจังหวะต้องให้ยา atropine ร่วมด้วยเสมอ เพื่อแก้ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา ภายหลังจากได้รับยาผู้ป่วยจะกลับมาหายใจได้เองและหายใจได้ดีภายใน 5 - 10 นาที หากผู้ป่วยหายใจไม่ดีอาจเพิ่มขนาดยาจนถึง 5 มิลลิกรัม

Sevoflurane เป็นยาดมสลบในสภาพของเหลวใส กลิ่นไม่ฉุน ไม่ระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ จึงนิยมใช้ในการนำสลบ และในระยะการรักษาระดับการสลบนิยมใช้มากเนื่องจากมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่ายาดมสลบชนิดอื่น

Succinylcholine ขนาด 1 – 2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมทางหลอดเลือดดำเป็นยาหย้อนกล้ามเนื้อชนิด depolarizing agent ใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากออกฤทธิ์เร็ว โดยเฉพาะในรายที่ต้องใช้เทคนิค

rapid sequence induction สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ภายในเวลา 60 - 90 วินาทีภายหลังได้รับการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ

Thiopental Sodium ขนาด 3 – 5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมทางหลอดเลือดดำ เป็นยานาสลบ เมื่อนิดเข้าเส้นเลือดดำผู้ป่วยจะหลับภายในเวลา 30 - 60 วินาที ยามีผลต่อระบบประสาทลดการทำงานของสมอง กดการหายใจและระบบไหลเวียน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตเล็กน้อย ลดความดันในสมอง ยา มีฤทธิ์เป็นด่าง ถ้าฉีดออกนอกเส้นเลือดทำให้เกิด tissue necrosis

ไนตรัสออกไซด์ เป็นก๊าซที่นิยมใช้มากร่วมกับยาผสมชนิดอื่น หรือยาหย่อนกล้ามเนื้อ เนื่องจากมีฤทธิ์เป็นยาผสมอย่างอ่อนกว่าชนิดอื่น ไม่กดการหายใจ ไม่มีผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

3.2 แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ทั้ง 11 แบบแผน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือประวัติทางการแพทย์และการตรวจร่างกาย ข้อมูลที่ประเมินจะเป็นข้อมูลทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเมื่อแรกรับด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต และการใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

3.2.2 การประเมินสภาพผู้ป่วยตามปัญหาและโรคที่เป็นอยู่เพื่อจำแนกผู้ป่วยตาม Physical status classes ของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (American Society of Anesthesiologist : ASA) ซึ่งการแบ่งตาม ASA (นลินี โกวิทวานางษ์, 2550: 166) ทำให้วิสัญญีพยาบาลเปรียบเทียบและประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงในการระงับความรู้สึกได้อย่างคร่าว ๆ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญ

การตกเลือดก่อนคลอดที่เกิดจากภาวะรกเกาะต่ำ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญอย่างหนึ่งทางสูติศาสตร์ เพราะว่าการตกเลือดยังเป็นสาเหตุการตายของมารดาที่พบบ่อย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอนของรกเกาะต่ำ อาการที่พบบ่อย ๆ คือ มีเลือดออกโดยพบไม่มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วย เลือดออกครั้งแรกมีปริมาณไม่มาก เลือดออกครั้งต่อไปจะมีปริมาณมากขึ้น อาการมักจะรุนแรงขึ้น ถ้าอายุครรภ์ครบกำหนดคือ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนใหญ่แพทย์จะให้ผู้ป่วยสิ้นสุดการตั้งครรภ์ วิธีการที่เหมาะสมก็คือ การทำผ่าตัดคลอด ซึ่งขณะผ่าตัดผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเลือดออกมากขณะผ่าตัดทำคลอดจนทำให้เกิดภาวะช็อกได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณตอนล่างของมดลูกไม่สามารถหดตัวได้ดี ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องตัดมดลูกเพื่อช่วยชีวิตมารดา ซึ่งหลังผ่าตัดผู้ป่วยก็ยังคงต้องเฝ้าระวังเรื่องการตกเลือดหลังคลอดและภาวะเจ็บปวดแผล ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลต้องดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คุณแลขณะได้รับการระงับความรู้สึกในขณะที่ทำผ่าตัด ตลอดจนการดูแลป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด พร้อมทั้งการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วย เพื่อการดูแลตนเองที่บ้าน อย่างถูกต้องเน้นการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

เลือกเรื่องที่น่าสนใจ และนำศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับการบริการในหน่วยงาน ศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมความรู้ทางวิชาการ กรอบแนวคิดต่าง ๆ จากตำรา เอกสารวิชาการ เพื่อใช้เป็นแนวทางและศึกษารวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและนำมาวางแผนการพยาบาล และการระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลทั้งหมดเป็นผลงาน นำมาปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและจัดพิมพ์ผลงาน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการร้อยละ 100

6.1 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์อายุ 30 ปี อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2553 ที่หอผู้ป่วยคลอด (HN 7001/53 AN 1817/53) มาโรงพยาบาลด้วยมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นเลือดสด ๆ ประมาณ 300 มิลลิลิตร แรกรับวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที จีวรรายงานสูติแพทย์ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร ห้ามตรวจภายใน และวินิจฉัยด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ placenta previa totalis แพทย์วินิจฉัยเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำชนิดที่รกเกาะคลุมปากมดลูกด้านในไว้ทั้งหมด จึงให้การรักษาโดยการผ่าตัด

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามแบบการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (วิจิตรา กุสุมภ์, 2552: 37-53) พบว่าแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยที่ผิดปกติ 2 แบบแผน ดังนี้

1. แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม : ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสแรกได้รับประทานอาหารได้น้อยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวจึงไม่เพิ่มในไตรมาสแรก ในช่วงไตรมาสที่ 2-3 ของการตั้งครรภ์น้ำหนักจาก 55 กิโลกรัมเพิ่มเป็น 68 กิโลกรัม

2. แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และมีภาวะรกเกาะต่ำ

การตรวจร่างกายตามระบบพบความผิดปกติ 1 ระบบคือ มีเลือดสด ๆ ไหลออกมาจากช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล

การพยาบาลก่อนการระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะรกละตาและสุขภาพทารกในครรภ์ การปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึก และการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความรู้เกี่ยวกับภาวะรกละตา การผ่าตัด และการระงับความรู้สึก การปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล : สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะรกละตา การผ่าตัด การระงับความรู้สึก และ วิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึก และการผ่าตัดคลอดแก่ผู้ป่วย

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

การพยาบาลขณะให้การระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจและควบคุมการหายใจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล : เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้การระงับความรู้สึกให้พร้อมใช้งาน ติดเครื่องเฝ้าระวังต่างๆ ควบคุมการหายใจผู้ป่วยให้เพียงพอกับความต้องการ สังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยขาดออกซิเจน เช่น ริมฝีปากเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียว เป็นต้น

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักอาหารและน้ำเข้าปอดขณะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากไม่ได้นั่งคานอาหาร

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดการสำลักอาหารและน้ำเข้าปอดขณะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล : หลังการใส่ท่อช่วยหายใจใส่ลมเข้าไปใน cuff จนไม่มีเสียงลมรั่ว ก่อนถอดท่อช่วยหายใจต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยตื่นดีและมีปฏิกิริยาตอบสนองป้องกันทางเดินหายใจได้ดี จัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงศีรษะต่ำเล็กน้อย เพื่อป้องกันการสำลักน้ำลายและสิ่งคัดหลั่ง

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการป้องกันและเฝ้าระวังจึงไม่เกิดขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล : แก้ไขภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด โดยประเมินการสูญเสียเลือด ตรวจวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งดูแลให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยเพื่อทดแทนเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขแต่ยังต้องเฝ้าระวังต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากมารดามีเลือดออกก่อนคลอดและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ทารกปลอดภัยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล : ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้หมอนทรายหนุนใต้สะโพกด้านขวาให้มดลูกเบี่ยงไปด้านซ้าย เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกเพิ่มขึ้น หายใจด้วยออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ทางหน้ากากก่อนการนำสลบเป็นเวลา 3 – 5 นาที โดยให้อัตราการไหลของออกซิเจน 6 ลิตรต่อนาที ใช้เทคนิค rapid sequence induction with cricoids pressure

การประเมินผล : ปัญหาไม่เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับการป้องกัน

การพยาบาลหลังให้การระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นและสามารถหายใจได้เอง

กิจกรรมการพยาบาล : ให้ผู้ป่วยดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ จัดให้นอนท่าหงายหนุนหมอนราบใต้ไหล่เอียงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลหะให้พร้อมใช้งาน ติดตามอาการและสัญญาณชีพผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผล : ปัญหาไม่เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับการป้องกันและการเฝ้าระวัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 : ผู้ป่วยมีโอกาสตกเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากมีภาวะรกเกาะต่ำ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล : สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ตรวจระดับมดลูกคลำเบาๆ เพื่อประเมินสภาวะการหดตัวของมดลูก สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอดและที่ผ้าปิดแผลที่หน้าท้องว่ามีเลือดซึมออกหรือไม่ ถ้ามีเลือดซึมอาจเกิดภาวะตกเลือดจากแผลที่มดลูกซึมออกมาหรือแผลที่หน้าท้องก็ได้ ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินสภาพการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการเฝ้าระวังและยังคงให้การพยาบาลต่อเนื่องต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 : ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดแผลสุขสบายมากขึ้นและสุขสบายมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล : จัดท่าที่สุขสบาย ศีรษะสูงเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลดการดึงรั้งของแผลที่หน้าท้อง แนะนำในการเคลื่อนไหวเปลี่ยนอิริยาบถให้ทำช้าๆ และใช้ผ้าหรือมือประคองแผลผ่าตัดเวลาไอหรือจาม รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล : ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขบางส่วนและยังคงให้การพยาบาลต่อเนื่องต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 : ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล : แนะนำผู้ป่วยถ้ามีอาการปวดแผลมาก มีไข้สูง แผลผ่าตัดแยก มีเลือดออกที่แผลผ่าตัดหรือทางช่องคลอด น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น จำนวนมากขึ้น ให้รีบมาพบแพทย์ทันที ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่อาหารหลัก 5 หมู่ มาตรวจตามที่แพทย์นัด

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว

7. ผลสำเร็จของงาน

ผลจากการศึกษาพบว่า ขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยพบปัญหาก่อนระงับความรู้สึก 1 ปัญหาใน ขณะระงับความรู้สึก 4 ปัญหา และภายหลังให้การระงับความรู้สึก 4 ปัญหา ซึ่งผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในขณะรักษาในโรงพยาบาลเป็นอย่างดีทำให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน การมาตรวจและการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเป็นประโยชน์กับผู้เสนอผลงานในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ และปรับปรุงแนวทางการให้การระงับความรู้สึกตามแนวคิดใหม่ๆ

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ การระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตนหลังได้รับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด เนื่องจากเป็นการทำผ่าตัดที่ฉุกเฉิน

9.2 ขณะทำผ่าตัดผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดภาวะช็อกขณะทำผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึก

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 วิทยาลัยพยาบาลควรจัดให้มีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก โดยจัดให้มีการสอนสุขศึกษา แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งการมีคู่มือในการปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึกตามคำแนะนำของวิทยาลัยพยาบาล

10.2 ควรจัดให้มีอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังที่จำเป็น ได้แก่ เครื่องวัดสัญญาณชีพ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง และเครื่องวัดปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์

ในลมหายใจออก อุปกรณ์ทุกอย่างควรมีความพร้อมในการใช้งาน มีการบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจาก การผ่าตัดคลอดบุตรกรณีฉุกเฉินเวลาทำผ่าตัดจะต้องมีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานสามารถช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพการทำงานของวิสัญญีพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอย่างดีเพื่อความปลอดภัยของ ผู้ป่วย

10.3 วิสัญญีพยาบาลมีการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ร่วมมือในการทำผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก และเมื่อการผ่าตัดเป็นกรณีฉุกเฉิน การประเมินผู้ป่วย ต้องใช้เวลาอย่างรวดเร็วในการค้นหาปัญหาต่าง ๆ ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องมีความรอบคอบ และคำนึงถึง จิตใจผู้ป่วยเป็นอย่างมากด้วย โดยการสัมผัสสขณะพูดคุยและซักถามผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มากขึ้น

10.4 วิสัญญีพยาบาลควรมีวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือโรคที่มีภาวะเสี่ยงต่อการระงับความรู้สึก เพื่อหาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... สารดี บัวสุวรรณ
 (นางสารดี บัวสุวรรณ)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 (วันที่)..... 7 / พ.ค / 2554

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... น.ส. ๕
 (นางสุกจิต นาคะรัตน์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วันที่..... 7 / พ.ค / 2554

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... น.ส. ๕
 (นางดลยา สุขสมปอง)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วันที่..... 7 พ.ค. 2554

เอกสารอ้างอิง

นลินี โกวิทนาวงษ์. วิทยาลัยพยาบาลพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2: 2550.

วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล:การนำไปใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์, 2552.

ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์, 2553.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีคุณภาพให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น
ของ นางภารดี บัวสรวง**

**เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)
(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 248) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์**

เรื่อง แนวทางการจัดการความปวดภายหลังทำผ่าตัดในห้องพักฟื้น (1 – 2 ชั่วโมงแรก)

หลักการและเหตุผล

เป็นที่ทราบกันดีว่าอาการปวดเป็นหนึ่งในปัญหาที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก เนื่องจากอาการปวดมีผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้า มีผลแทรกซ้อนต่อระบบการหายใจซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ภายหลังจากการผ่าตัด นอกจากนั้นอาการปวดยังก่อให้เกิดประสบการณ์ทางลบแก่ร่างกายและจิตใจซึ่งเชื่อว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดเป็นอาการปวดเรื้อรัง (chronic pain) ในภายหลังได้

และเนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การระงับปวดหลังการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยประหยัดประคองให้ร่างกายมีการฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว ช่วยลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งยังมีผลดีต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการปวดแผล ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึก
2. เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลมีความรู้ ในการประเมินระดับความปวด และทักษะในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึก
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการความปวด ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึก

เป้าหมาย

สามารถลดระดับความปวดของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดในห้องพักฟื้น (1 - 2 ชั่วโมงแรก) \leq 5 คะแนน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ในปัจจุบัน โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดโดยวิธีการวางยาสลบเป็นจำนวนเพิ่มมากขึ้น และปัญหาที่พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะอยู่ที่ห้องพักฟื้นคือ อาการปวด ผู้ป่วยบางรายต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด จึงทำให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วยมากมาย เช่น อาการไม่สุขสบาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และเกิดความไม่พึงพอใจต่อการทำผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกจากผลเสียดังกล่าวจึงเกิดเป็นแนวคิดที่ว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมภายหลังทำผ่าตัดจะสามารถช่วยลดผลเสียดังกล่าวได้ และนำไปสู่ความพึงพอใจต่อผู้ป่วย ประกอบกับความต้องการของหน่วยงานที่จะพัฒนาการให้บริการอย่างมีคุณภาพ จึงได้จัดทำแนวทางการจัดการความปวดภายหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับความปวดและการให้ยาระงับปวด ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 สํารวจ เก็บรวบรวมข้อมูล สถิติ ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกในหน่วยงานวิสัญญี

1.2 กำหนดหัวข้อปัญหา เสนอในที่ประชุมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นปัญหา

1.3 นำเสนอข้อปัญหากับหัวหน้าวิสัญญีพยาบาลเพื่อร่วมปรึกษาและหาแนวทางร่วมกัน

2. ชั้นดำเนินการ

2.1 ศึกษา ค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจากตำราและเอกสารทางวิชาการ

2.2 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า มาจัดทำแนวทางการจัดการความปวดภายหลังทำผ่าตัดในห้องพักฟื้น (1 – 2 ชั่วโมงแรก) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับขั้นตอนการประเมินระดับความปวด แผนผังแสดงแนวทางการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

2.3 ประชุมภายในหน่วยงานเพื่อสื่อสารแนวทางการจัดการความปวดภายหลังทำผ่าตัดในห้องพักฟื้น (1 – 2 ชั่วโมงแรก) และนำไปทดลองใช้

3. ชั้นประเมินผล

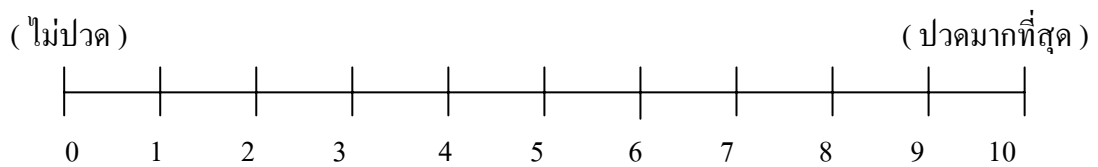
3.1 ประชุมภายในหน่วยงาน เพื่อติดตามผลหลังการใช้แนวทางการจัดการความปวดภายหลังทำผ่าตัดในห้องพักฟื้น (1 – 2 ชั่วโมงแรก)

3.2 นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข

3.3 รายงานผลการดำเนินการเสนอหัวหน้าวิสัญญีพยาบาล

3.4 จัดทำเป็นแนวทางนำไปปฏิบัติจริงและติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัด
แนวทางการจัดการความปวดภายหลังทำผ่าตัดในห้องพักฟื้น (1 – 2 ชั่วโมงแรก)

1. วัดความปวดโดยใช้วิธีการประเมินระดับความปวดแบบ Numerical rating scales (NRS) เป็น
ชุดของตัวเลข 0–10 ใช้เส้นแบ่งเป็นช่องๆ ปลายด้าน “0” หมายถึง ไม่ปวดเลย ส่วนปลายด้าน “10” หมายถึง
ปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้ ให้ผู้ป่วยเลือกตัวเลขที่เข้าได้กับความรุนแรงของความปวดของเขา ให้ผู้ป่วย
บอกเป็นตัวเลขคะแนนความปวด



2. ประเมินอาการง่วงซึม โดยใช้วิธีการให้คะแนนง่วงซึม (sedation score) เป็นตัวชี้วัดการ
กวดการหายใจ

- 0 = ไม่ง่วง
- 1 = เล็กน้อย ง่วงบ้างเป็นครั้งคราว ปลุกตื่น
- 2 = ปานกลาง ง่วงบ่อยๆ หรือง่วงตลอดเวลา แต่ปลุกตื่นง่าย
- 3 = รุนแรง ง่วงซึมมาก ปลุกตื่นยาก
- S = หลับปกติ (หมายถึง กำลังหลับ ต้องแยกให้ได้จากการง่วงซึมมาก)

3. ประเมินอัตราการหายใจ ถ้า ≤ 10 ครั้ง/ นาที หรือ sedation score = 3

- รายงานแพทย์
- เปิด Air way ให้โล่ง ให้ออกซิเจน 100 % แก่ผู้ป่วยและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ
- ให้ Naloxone 0.2 mg IV ให้ซ้ำได้ 1 ครั้งหลังให้ 5 นาที (ถ้า RR ≤ 10 ครั้ง/ นาที)

4. ถ้าผู้ป่วยมี Pain Score $\square \geq 3$, $\square \geq 5$ ร่วมกับ sedation score < 1 และอัตราการหายใจ
มากกว่า 10 ครั้ง/ นาที พิจารณาให้ยาแก้ปวดทันทีที่ผู้ป่วยร้องขอ โดยคำนวณตามอายุ และน้ำหนัก

5. ติดตามประเมินระดับความปวด ระดับอาการง่วงซึม และสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยาแก้ปวด

6. บันทึกผลการประเมิน Pain Score, sedation score และสัญญาณชีพทุกครั้งที่มีการประเมิน
ลงในแบบบันทึก

แผนการดำเนินงาน

กิจกรรมการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ ปี พ.ศ. 2554							
	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
1. เสนอแนวคิด การจัดทำ แนวทางการจัดการความ ปวดภายหลังทำผ่าตัดใน ห้องพักรฟื้น (1 – 2 ชั่วโมงแรก)	←→							
2. ดำเนินการจัดทำแนวทาง ทางการจัดการความปวด ภายหลังทำผ่าตัดในห้องพักร ฟื้น (1 – 2 ชั่วโมงแรก)	←.....→							
3. ประชุมภายในหน่วยงาน เพื่อสื่อสารแนวทางการ จัดการความปวดภายหลังทำ ผ่าตัดในห้องพักรฟื้น (1 – 2 ชั่วโมงแรก)		←→						
4. ทดลองใช้แนวทางการ จัดการความปวดภายหลังทำ ผ่าตัดในห้องพักรฟื้น (1 – 2 ชั่วโมงแรก)			←.....→					
5. ประชุมเพื่อประเมินผล การใช้แนวทางทางการ จัดการความปวดภายหลังทำ ผ่าตัดในห้องพักรฟื้น (1 – 2 ชั่วโมงแรก)					←→			
6. นำไปปฏิบัติและติดตาม ประเมินผล						←.....→		→

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. วิทยาลัยพยาบาลมีแนวทางในการจัดการความปวดภายหลังทำผ่าตัดในห้องพักฟื้น (1-2 ชั่วโมงแรก)
2. ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการให้บริการงานวิทยาลัยพยาบาลราชพิพัฒน์
3. ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเจ็บปวดภายหลังทำผ่าตัด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. วิทยาลัยพยาบาลสามารถเลือกและประเมินความต้องการการให้ยาระงับปวดกับผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดในห้องพักฟื้นได้ ร้อยละ 100
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับความปวดและได้รับยาระงับปวดอย่างเหมาะสม ร้อยละ 100
3. อัตราความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางปฏิบัติ ร้อยละ 80

ลงชื่อ.....**อาภรณ์ บัวสว่าง**.....
 (นางภารดี บัวสว่าง)
 ผู้รับการประเมิน
 วันที่.....**7 พ.ค. 2564**.....